Harvard University

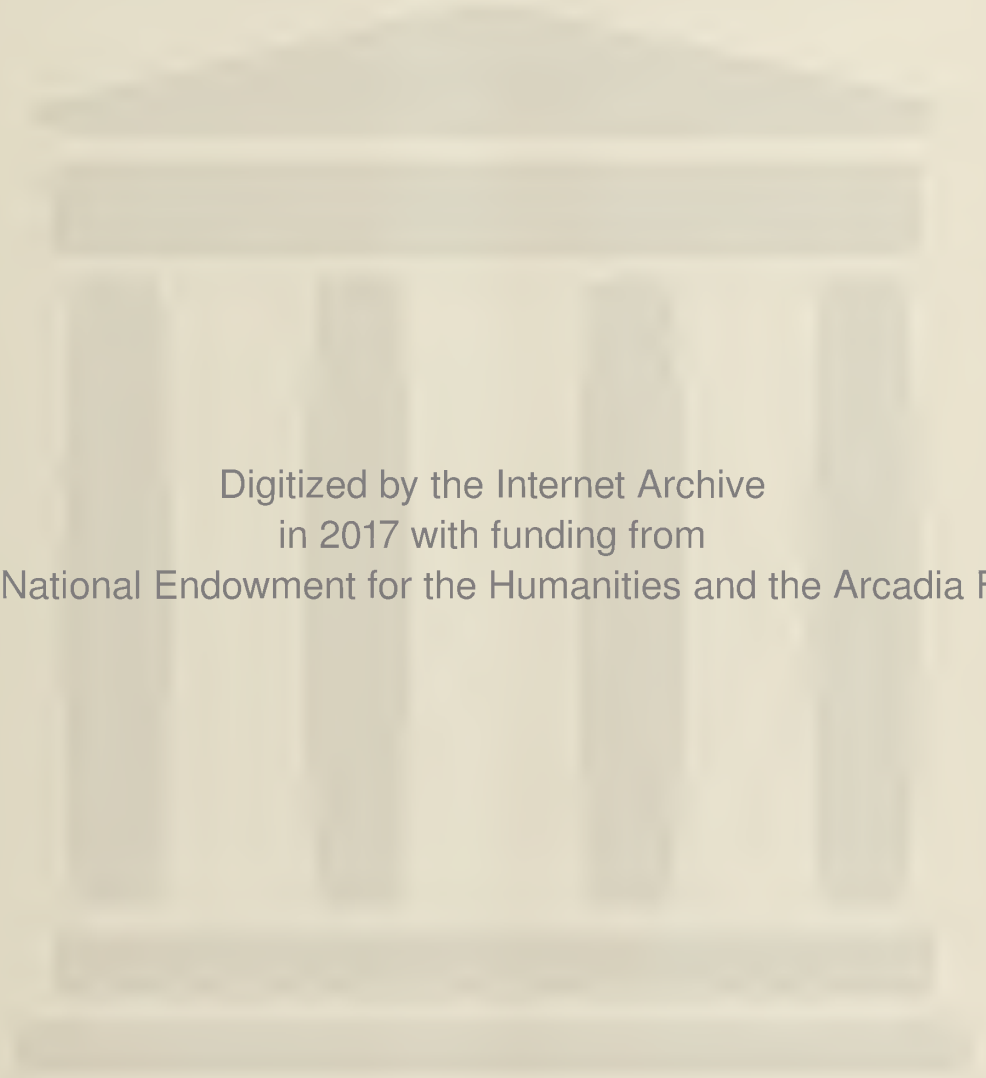
Library of

The Medical School

and

The School of Public Health




Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund

https://archive.org/details/boletindelaasoci3519asoc

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
FEB 17 1943

AÑO XXXV ENERO, 1943. NUMERO 1

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

LA FISCALIZACION DE LA PRODUCCION DE LA LECHE, FACTOR PRIMORDIAL EN LOS PRODUCTOS LACTEOS EN POLVO

Numerosos son los factores que afectan la preparación de un producto lácteo en polvo. Sin embargo, al final de cuentas ninguno reviste mayor importancia que la leche cruda misma.

La clarificación no hace más que eliminar la suciedad visible. La pasteurización resulta eficaz para destruir las bacterias patógenas. No obstante, ni una ni otra de esas técnicas puede convertir una leche sucia en limpia, ni una leche de elevado tenor bacteriano en apropiada para la alimentación infantil.

La fiscalización de la leche usada en los Productos Lácteos en Polvo de Mead comienza en el rebaño mismo. Todas las vacas son, por supuesto, comprobadas con tuberculina. Nuestros representantes inspeccionan periódicamente todas las granjas que facilitan leche a la Casa Mead Johnson.

La leche es inmediatamente enfriada a una temperatura de 15.5° C después de la ordeña. Por excelentes carreteras se lleva en el acto de la granja al establecimiento en el cual se analizan y anotan cada día sus propiedades en cuanto a limpieza, hipoacidez, bajo tenor bacteriano y riqueza en grasa, rechazándose enseguida si no se ajusta a nuestras elevadas pautas.

Lo anterior hace que los productos lácteos en polvo "MEAD" sean de absoluta confianza para el médico que comprende la necesidad de que sus casos de alimentación infantil reciban leche de procedencia garantizada.

PRODUCTOS LACTEOS MEAD*
(Desecados por el proceso de pulverización)

CASEC
(Caseinato de Calcio)

OLAC
Alimento completo para prematuros y recién nacidos

MEAD'S POWDERED LACTIC ACID HALF SKIM MILK
ALACTA (Half Skim)

MEAD'S POWDERED LACTIC ACID MILK No. 1,
WITH DEXTRI-MALTOSE

MEAD'S POWDERED LACTIC ACID MILK No. 2,
PLAIN

MEAD'S POWDERED PROTEIN MILK

Muestras y literatura a disposición de los Señores Médicos.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E. U. A.

P. O. Box No. 3081, San Juan

---

* Para la mejor conservación del producto, cada lata contiene una atmósfera de nitrógeno.

SUMARIO

Página

Resumen del Acta de la reunión ordinaria de la Cámara de Delegados — — — — — — — — — — — — — — — — 1

Informe del Presidente de la Asociación, Dr. Manuel de la Pila — Año 1942 — — — — — — — — — — — — — — 8

Informe del Secretario de la Asociación, Dr. E. Martínez Rivera — Año 1942 — — — — — — — — — — — — — — 18

Informe del Tesorero de la Asociación, Dr. Manuel A. Astor — Año 1942 — — — — — — — — — — — — — — 24

Informe del Comité Científico de la Asociación — Año 1942 — 29

Informe del Editor-en-Jefe del Boletín — — — — — — — — 32

Informe del Delegado a la Asociación Médica Americana — 35

Informe del Comité de Educación Médica — — — — — — — 36

Informe del Comité de Medicina Forense — — — — — — — — 39

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — 41

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.



Santander . . . "Organizador de la Victoria"

FAMOSO entre los habitantes de Nueva Granada por su habilidad en organizar y adiestrar el ejército de patriotas que ganó la Batalla de Boyacá, Santander comparte con el gran Bolívar la gloria de libertar a su patria. El genio organizador de Santander y su abnegada devoción a los ideales democráticos, ejerció poderosa influencia en los primeros años de la República de Colombia.

Hoy día las Naciones Unidas, como los patriotas de ayer, están luchando por la libertad del mundo. De importancia primordial para la construcción de sus armamentos, son los instrumentos ópticos que produce la Bausch & Lomb. Por eso es que los hombres de ciencia, educadores e industriales latino-americanos están pasando sin los instrumentos de alta calidad de Bausch & Lomb que necesitan ordinariamente. El microscopio pedido hace meses para un laboratorio latinoamericano puede ser que se encuentre navegando hoy día en un buque-hospital en el Pacífico. Con benevolente comprensión tradicional, nuestros clientes latinoamericanos están sobrellevando las inevitables demoras de sus pedidos.

Todavía, sin embargo, podemos atender pedidos de lentes Bausch & Lomb de reconocida precisión excepcional, para anteojos.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

COMPLETE VITAMIN B COMPLEX MEDICATION



In most cases, Vitamin B deficiencies are deficiencies of the entire Vitamin B Complex. Even though the symptoms manifest themselves as the deficiency of but a single factor, the safe prescription is to provide all the factors in the same proportion as they occur in nature.

Elixir Galen B Fortified * is a carefully prepared concentrated derived from rice bran... an excellent source of the Vitamin B Complex. It retains all the factors in the same balance proportions as they naturally occur plus additional amount of thiamine and riboflavin.

The Galen Co. was the first to recognize the value of Rice Bran for this purpose. Over eight years clinical use and an ever increasing acceptance by the practicing physician attest its dependability.

GALEN COMPANY, INC.

BERKELEY, CALIFORNIA

Copyright Galen Co.

* Trade Mark

Distributor:

RODOLFO BERNAL

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de partieular interés al médieo en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

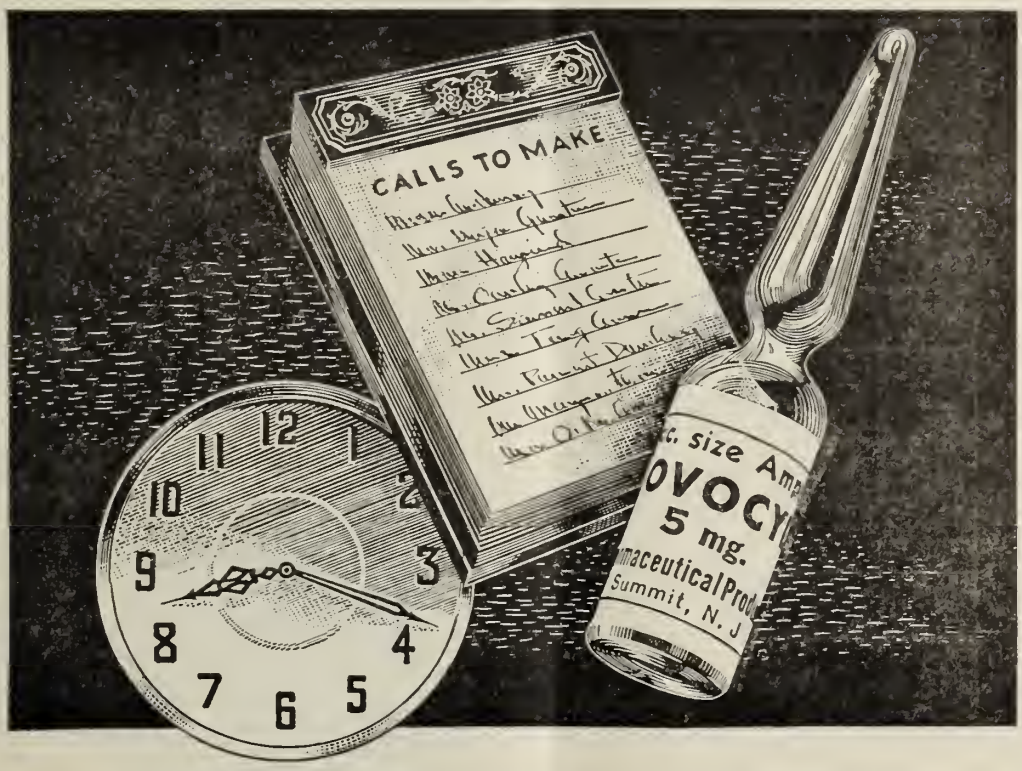
RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnóstios de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY



TIME IS VALUABLE . . . *Save it!*

Conserve time and use it wisely. More and more patients will come to you as their physicians are called into the armed forces. DI-OVOCYLIN, will aid you in eliminating calls necessary for treating the menopausal patient. This highly effective estrogenic substance has such a marked prolongation of effect that patients do not have to return as frequently as other forms of estrogenic therapy demand.

Prescribe *DI-OVOCYLIN** . . . the most time-conserving, economical, effective estrogenic substance available. Literature upon request.

DI-OVOCYLIN*

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*
SUMMIT, NEW JERSEY

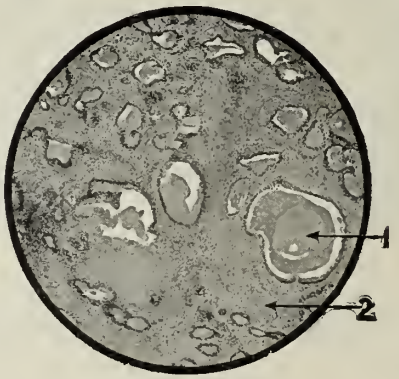
En las Inflamaciones Génitourinarias Agudas

el uso de la Antiphlogistine constituye una ayuda racional del tratamiento. Su calor y medicación tienden a ejercer una influencia modificadora sobre los fenómenos inflamatorios.

Es a menudo beneficiosa como coadyuvante local de otras medidas terapéuticas.

- Muestra a solicitud -

Antiphlogistine



Próstata hipertrófica

1. *Acreciones (perlas prostáticas")*
2. *Exuberancia de tejido conjuntivo.*

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 VARICK STREET — NUEVA YORK, E. U. A.

Francisco Garratón, S. en C., P. O. Box 1541,
San Juan.



Kalak

REG. U.S. PAT. OFF.

A crystal clear, sparkling alkaline mineral water, prepared from distilled water and salts in chemical equivalents under laboratory control to insure uniformity of quality. KALAK is valuable in maintaining the mineral and water equilibrium which may be upset by a pathological process or by certain drugs such as salicylates, iodides, and sulfa drugs.

KALAK WATER CO. OF NEW YORK, INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA NEW YORK, N. Y.

Distributed by:
RODOLFO BERNAL
San Juan, P. R.

PECTINOCAL

LA PREPARACION MAS RICA EN PECTINA EN COMBINACION CON SALES DE CAL.

Acción: *Antidiarreico,* con la particularidad de que por su componente cálcico se combina con los ácidos grasos no absorbidos, formando jabones alcalinos evitando así la acción irritante de estos ácidos grasos sobre el colon y posibilitando la absorción de la cal alimenticia.

Indicaciones: Síndromes colíticos y especialmente las diarreas tropicales y las infantiles.

Dosis: En los casos agudos dos cápsulas cada 3 horas; cuando ceden los síntomas más agudos dos cápsulas cuatro veces al día. En los niños la mitad de la dosis y por ser muy agradable de tomar puede darse el contenido de las cápsulas de cualquier forma. No tiene ninguna acción tóxica y pueden tomarlo los infantes.

Muestras y literatura: DROGUERIA BLANCO, SAN JUAN.



La Lucha Clasica

Casi a diario los médicos en su práctica encuentran síntomas clásicos de inflamación. El tratamiento clásico de inflamaciones locales en años pasados era la anticuada cataplasma, humilde principio de la terapéutica endérmica y dérmica.

MODERNIZACION

Combinando las propiedades físicas de la glicerina y el silicato de aluminio con las acciones fisiológicas del guayacol aplicado sobre la dermis, así como la creosota, salicilato de metilo y sulfato de quinina, un efecto analgésico descongestivo es producido y es de valor en el tratamiento de las inflamaciones.

Limpio y simple en su aplicación, Numotizine es tan efectiva en el alivio de los síntomas molestos de la inflamación que su uso en los siguientes dolores locales es recomendado diariamente por los médicos: AFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS . . . INFLAMACIONES DE LA PLEURA . . . TORCEDURAS Y FALSEADURAS . . . ARTRITIS . . . FURUNCULOSIS . . . BURSITIS . . . MASTITIS . . . INFLAMACIONES GLANDULARES.



NUMOTIZINE

Tarros cerrados a presión—con lo que se evita la contaminación del producto con otras materias . . . así como su desperdicio.

Se suministra en frascos de 57 grs., 114 grs., 227 grs., 425 grs., 850 grs.

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

FRANCISCO CASTAGNET

Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

Medio ciento de estudios
clínicos en miles de casos . . .

PRUEBA TUBERCULINICA EN PARCHE (Vollmer)

Lederle

LA EXTENSA HISTORIA CLÍNICA de la Prueba Tuberculínica en Parche (Vollmer) *Lederle* es un testimonial del gran interés y aceptación del cual ha gozado este producto desde que apareció hace tan pocos años. ¡Se han publicado casi cincuenta articulos en la prensa médica, sobre miles de casos *y en años recientes!*

Los pediatras, oficiales de sanidad y profesionales de nuestro país y el extranjero han adoptado tan sencillo y confiable método de identificación debido a las ventajas siguientes:

1—la colaboración del paciente está asegurada, pues el "temor a la aguja" ha sido eliminada;
2—se prepara este producto en nuestros laboratorios de acuerdo con estrictas normas de control, lo que asegura un preparado confiable;
3—su certeza es análoga a la del método intracutáneo al emplear 0.1 mgmo. de T. A. o D. P. P. de la primera potencia;
4—contiene dos parches con tuberculina y un testigo para cada prueba;
5—su estabilidad dura por lo menos un año, lo que elimina la necesidad de tener soluciones frescas de tuberculina a mano;
6—está listo para uso inmediato, lo que ahorra el tiempo del médico y de los que realizan campañas generales.



En envases de
1, 10 y 100 pruebas.

LEDERLE LABORATORIES Co., 76 Calle Salvador Brau, San Juan



Physiologic Basis of DIURETIC THERAPY

When the glomerular and tubular functions of the kidneys become impaired, alterations in the mechanism of urinary secretion occur. Often there results a retention of water with generalized edema. In such cases it is believed that Salyrgan-Theophylline lowers tubular reabsorption and thus permits the excretion of water and salt.

Salyrgan-Theophylline is extensively employed in the treatment of cardiac and cardiorenal edema as well as dropsy of nephrosis. It can usually be administered periodically without loss of potency.

Salyrgan-Theophylline is injected intravenously or intramuscularly.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

77 ALLEN STREET
SAN JUAN, P. R.

WINTHROP

HOW SUPPLIED: Salyrgan-Theophylline solution (containing 10% Salyrgan and 5% theophylline) is supplied in ampules of 1 cc., boxes of 5, 25 and 100; and in ampules of 2 cc., boxes of 10, 25 and 100.

SALYRGAN - THEOPHYLLINE

"Salyrgan," Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

(Mercury salicylallylamide-o-acetate of sodium with theophylline)

Brand of **MERSALYL**
with
Theophylline

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXXV | ENERO, 1943 | Número 1

RESUMEN DEL ACTA DE LA REUNION ORDINARIA DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, CELEBRADA DURANTE LOS DIAS 10 Y 11 DE DICIEMBRE DE 1942

El día 10 de diciembre de 1942, previa citación al efecto, y bajo la presidencia del Speaker, Dr. Oscar Costa Mandry, reunióse en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, la Cámara de Delegados, con asistencia de los siguientes miembros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Manuel A. Astor
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. G. Ruiz Cestero
Dr. J. H. Font
Dr. Julio E. Colón
Dr. José S. Belaval
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. Juan A. Pons
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. David E. García
Dr. Enrique Koppisch
Dr. José Picó
Dr. Agustín Pietri
Dr. Carlos Quilichini
Dr. José N. Gándara
Dr. J. Forastieri
Dr. Víctor Rincón
Dr. Domingo Nochera
Dr. F. J. Casalduc

A las 3:00 de la tarde, y habiendo el quorum reglamentario, el Sr. Speaker declaró legalmente constituída la Cámara de Delegados, procediéndose a dar curso a los asuntos incluídos en el Orden del Día.

A moción del Dr. García, debidamente secundada, la Cámara acordó dar por leída y aprobada el acta de la reunión anterior.

Luego se procedió a dar lectura a los informes de los distintos organismos de la Asociación, en el orden que se expresa a continuación:

Informe del Presidente
" " Secretario
" " Tesorero
" " Delegado a la A.M.A.
" " Comité Científico
" de la Junta Editora
" del Comité de Propaganda
" " Comité del Cáncer
" " Comité de Med. Forense
" " Comité de Educación
" " Comité de Hospitales
" " Comité de Neuropsiquiatría
" " Comité de Medicina

Todos los informes anteriormente expresados fueron aprobados por la Cámara.

Después de la lectura del Informe del Presidente, el Dr. Suárez presentó la siguiente moción, la cual fué aprobada por la Cámara:

"Para que la Cámara de Delegados haga constar su más profundo reconocimiento a la labor desplegada por el presidente de la Asociación Médica durante el pasado año, y le extienda un voto de sanción y agradecimiento, y cuyo voto se haga extensivo a los demás miembros de la directiva."

Luego fueron presentadas las siguientes resoluciones, todas las cuales pasaron al Comité de Resoluciones, para que informe sobre las mismas en el día de mañana:

1—Moción del Dr. Pons: Para que se eliminen todos aquellos comités que nunca han rendido labor de provecho a la Asociación.

2—Resolución del Dr. Rincón, que lee como sigue:

"POR CUANTO, ha sido una costumbre de ciertas clínicas y hospitales en Puerto Rico tener una facultad médica propia cuyos médicos son los únicos autorizados a recluir y tratar enfermos en dichos hospitales;
"POR CUANTO, hay muchos médicos que se ven privados de utilizar los servicios de hospitales y clínicas bien equipados;
"POR CUANTO, hay muchos pacientes que se ven precisados a elegir entre el médico de su confianza y el hospital o clínica que más garantía preste;

"POR CUANTO, los hospitales y clínicas son establecimientos de servicio público.

"POR CUANTO, dicha práctica perjudica la libertad que tiene todo médico autorizado a ejercer la medicina libremente según lo autoriza la ley y le limita las facultades a que tiene justo derecho.
"POR TANTO, Resuélvase por esta asamblea de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en su sesión ordinaria de diciembre 10 de 1942, condenar y por la presente condena dicha práctica de "Facultad exclusiva" o sea hospitales cerrados al resto de la profesión y que se pida y por la presente se pide a dichos hospitales que abran sus puertas a todos los médicos legalmente autorizados a ejercer la profesión médica en Puerto Rico. Y que se haga así mismo saber que esta resolución no censura el hecho de que todos y cada uno de las clínicas y hospitales tengan su facultad médica propia, sino la práctica de cerrar sus puertas a la gran mayoría de los médicos puertorriqueños."

3—Moción del Dr. Ramón M. Suárez, para proponer la creación de distintas secciones dentro de la Asociación, de manera que puedan ser eliminados todos los comités innecesarios.

4—Resolución del Dr. Enrique Koppisch: Para solicitar de la Legislatura Insular de Puerto Rico que la Beneficencia Pública se convierta en función y responsabilidad directa del Gobierno Insular; disponiéndose que el Gobierno Insular llevará a cabo, con toda premura, un estudio detallado de la Beneficencia Pública con miras a hacer esos servicios más atractivos para los médicos desde el punto de vista profesional y económico, y a reformar, dotar y equipar debidamente los hospitales y dispensarios municipales, consolidándolos si fuera necesario.

5—Resolución del Dr. Enrique Koppisch: Para solicitar de la Legislatura Insular de Puerto Rico la creación de un subsidio que garantice a los médicos municipales en poblaciones con 10,000 habitantes o menos, un mínimo de entrada anual de $3,600.

6—Moción del Dr. Koppisch: Para que todos los informes de los comités sean recopilados con anterioridad a la fecha de la reunión anual de la Cámara, así como las resoluciones que hayan de ser presentadas en la misma, y que se les haga circular entre los miembros de la Cámara de Delegados con anterioridad al día de la reunión.

7—Moción del Dr. Koppisch: Para que anualmente la Asociación publique en su Boletín, inmediatamente después de la asamblea, las actas detalladas de su Cámara de Delegados.

8—Resolución del Dr. Koppisch, que en su parte dispositiva lee como sigue: "Que se encargue a la directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico, que se ponga en contacto con los directores del Departamento de Sanidad, el Departamento de Instrucción, el Departamento de Justicia, y la Universidad de Puerto Rico, para hacer, conjuntamente con ellos, los planes necesarios para facilitar, auspiciar y estimular la especialización de médicos en Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía."

9—Moción del Dr. Ramón M. Suárez: Para que la Asociación se haga cargo de la venta o distribución de 500 volúmenes de la obra sobre Historia de la Medicina escrita por el Dr. Quevedo Báez.

10—Resolución de la oficina del Speaker: Para disponer que el dinero recogido para la compra de una ambulancia para la Defensa Civil, pase a los fondos del Auxilio Médico Mutuo, ya que el Dr. Pila regaló una ambulancia, de la cual hará entrega a la Defensa Civil a nombre de la Asociación.

11—Resolución presentada por el Dr. Koppisch, autorizando la creación de una Sección de Neurología y Psiquiatría.

12—Resolución de la oficina del Speaker, disponiendo que la Cámara se dirija a la dirección de la Defensa Civil, solicitando que cumpla lo ofrecido al presidente, en el sentido de hacer las correspondientes reparaciones en el edificio.

13—Resolución contenida en el informe del Tesorero, Dr. Astor, autorizando la condonación de deudas por concepto de cuotas, a médicos que deban más de dos años.

14—Resolución contenida en el informe del Comité Científico, proponiendo enmiendas a la Ley creando un premio al mejor trabajo de medicina que se realice en Puerto Rico.

15—Resolución contenida en el informe del Comité del Cáncer, disponiendo que la directiva de la Asociación haga gestiones cerca de las autoridades correspondientes para que cuanto antes se ponga en vigor la Ley Núm. 203 aprobada por la Legislatura en el 1938, y que crea el Instituto del Cáncer.

16—Resolución contenida en el informe del Comité del Cáncer sugiriendo la designación en cada pueblo de un médico encargado de discutir temas relacionados con el cáncer en conferencias de vulgarización.

17—Resolución del Dr. Martínez Rivera, para proponer que el sobrante del producto del banquete ofrecido a los doctores Morales Otero y Fernós Isern pase al fondo del Auxilio Médico Mutuo, y asimismo, que cualquier sobrante que haya del banquete anual pase al fondo del Auxilio.

Luego se pasó a discutir el asunto relacionado con la asignación voluntaria de médicos en el esfuerzo de guerra. En relación con este asunto, el Sr. Speaker, que es también presidente del Comité de "Procurement" en Puerto Rico, hizo un amplio informe sobre cuál es la situación prevaleciente en cuanto al ingreso de médicos puertorriqueños en las fuerzas armadas.

En relación con este asunto el Dr. Manuel A. Astor presentó la siguiente resolución, la cual fué referida al Comité de Resoluciones para que informe en la reunión de mañana:

"POR CUANTO, es de todos conocida la marcada escasez de médicos que padece nuestra Isla, a tal punto que en la actualidad hay alrededor de 16 pueblos que no cuentan con los servicios de un médico residente;

"POR CUANTO, esta gran escasez de profesionales se acentuará aún más a medida que vayan ingresando nuevos médicos en las fuerzas armadas;

"POR CUANTO, existen poblaciones, como San Juan y otras ciudades, en las cuales hay un excesivo número de médicos;

"POR CUANTO, no obstante el escaso número de médicos en nuestra isla, el problema podría aliviarse si médicos de los centros más grandes estuvieran dispuestos a trasladarse a las poblaciones que actualmente no tienen los servicios de un médico residente;

"POR TANTO, Resuélvase por la Cámara de Delegados:

Que se realice una encuesta entre los médicos de Puerto Rico, a ver si algunos estarían dispuestos a cambiar su residencia dentro de los límites de la Isla; esto es, ir a prestar servicios en otras municipalidades donde sus servicios fueran de mayor necesidad que en el sitio donde actualmente trabajan.

A las 5:30 de la tarde la Cámara levantó sus trabajos hasta mañana a las 2:00 de la tarde.

Alas 3:00 de la tarde del día 11 de diciembre de 1942, y bajo la presidencia del Dr. Oscar Costa Mandry, reanudó sus trabajos la Cámara de Delegados, estando presentes los siguientes miembros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. David E. García
Dr. Juan A. Pons
Dr. F. Hernández Morales
Dr. José S. Belaval
Dr. G. Ruiz Cestero
Dr. Enrique Koppisch
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. J. H. Font
Dr. José Picó
Dr. Agustín Pietri

Dr. José N. Gándara
Dr. Carlos A. Quilichini
Dr. F. J. Casalduc
Dr. J. Forastieri
Dr. Víctor Rincón
Dr. Ramón A. Ríos
Dr. Sergio Peña
Dr. Julio A. Santos

Habiendo quorum, el Sr. Speaker declaró la Cámara legalmente constituída, e informó que de acuerdo con la Orden del Día se procedería en primer término a la elección de los miembros de la Directiva.

El Dr. Belaval solicitó de la Cámara que suspendiera el reglamento y que reeligiera por aclamación a la actual directiva para que continúe actuando durante el próximo año, ya que tan buenos resultados ha dado y tan buen trabajo ha llevado a cabo este año.

Esta moción del Dr. Belaval fué acogida con gran entusiasmo por todos los miembros presentes, quienes, puestos de pie, tributaron un aplauso a la actual directiva, en señal de aprobación a la moción hecha por el Dr. Belaval, quedando así reelecta, por aclamación, la siguiente directiva:

Presidente: Dr. Manuel de la Pila
Vice-Pres.: Dr. A. Oliveras Guerra
Secretario: Dr. E. Martínez Rivera
Tesorero: Dr. Manuel A. Astor
Speaker de la Cámara: Dr. O. Costa Mandry.

Tanto el Dr. Pila, como el Dr. Costa Mandry hicieron uso de la palabra para agradecer la prueba de confianza que les había brindado la Cámara.

Luego el Comité de Resoluciones integrado por los doctores Manuel de la Pila, Ramón M. Suárez y Domingo Nochera, procedió a informar sobre las resoluciones que se habían sometido a su consideración el día anterior.

En primer término se procedió a dar lectura a la siguiente resolución en sustitución a la sometida por el Dr. Víctor Rincón, y la cual recomendaba favorablemente el Comité:

> "Resuélvase por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico, reunida en reunión ordinaria el día 11 de diciembre de 1942:
> "Que la Asociación Médica de Puerto Rico realice, tesoneramente, todo género de actividades por medio de sus organismos oficiales, tendientes a procurar que el material de enseñanza que exista en los hospitales pueda ser aprovechado por todos los médicos de la comunidad para dichos fines."

Esta resolución sustituta fué motivo de una amplia discusión, pero finalmente fué aprobada por mayoría de la Cámara.

Luego se trajo a discusión la resolución del Dr. Suárez para crear distintas secciones, conjuntamente con la resolución del Dr. Pons que proponía la eliminación de los comités innecesarios, tomándose el siguiente acuerdo:

> Dejar como comités permanentes de la Asociación los siguientes: Comité Científico, Junta Editora del Boletín, Comité de Beneficencia y Salud Pública, Comité de Legislación, Comité de Publicidad y Propaganda, Comité de Biblioteca, Comité del Cáncer, Comité de Educación Médica, Comité de Medicina Forense y Comité Auxiliar de Damas, y crear las siguientes secciones: Sección de Medicina Interna; Sección de Cirugía; Sección de Neuropsiquiatría; Sección de Pediatría;

Sección de Laboratorio; Sección de Salud Pública; Sección de Obstetricia y Ginecología; Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología y Sección de Tisiología.

Luego fueron aprobadas, tras la correspondiente discusión de cada una de ellas, las siguientes resoluciones:

Resolución del Dr. Koppisch para solicitar de la Legislatura Insular de Puerto Rico la insularización de los servicios médicos de beneficencia.
Solicitar de la Legislatura Insular de Puerto Rico la creación de un subsidio que garantice a los médicos municipales en poblaciones con 10,000 habitantes o menos, un mínimo de entrada anual de $3,600.
Que la Asociación investigue cuánto le deben los municipios de Puerto Rico a los médicos. (Enmienda del Dr. Forastieri).

Resolución disponiendo que el dinero recogido para la compra de una ambulancia para la Defensa Civil, pase al fondo del Auxilio Médico Mutuo.

Resolución disponiendo que la Cámara se dirija a la dirección de la Oficina de Defensa Civil, solicitando que cumpla lo ofrecido al presidente en el sentido de hacer las correspondientes reparaciones en el edificio.

Resolución disponiendo la publicación de las actas de la reunión de la Cámara en el Boletín de la Asociación.

Resolución disponiendo que lo que se cobre por concepto de cuotas atrasadas ingrese al fondo del Auxilio Médico Mutuo, exceptuando la cuota correspondiente al 1942 la cual deberá ingresar en los fondos ordinarios de la Asociación.

Resolución disponiendo que por la directiva se hagan las gestiones necesarias cerca de las autoridades correspondientes para conseguir que se ponga en vigor la Ley aprobada por la Legislatura en el 1938 creando el Instituto del Cáncer.

Resolución disponiendo la designación en cada pueblo de un médico que se encargue de dar conferencias de vulgarización en relación con el cáncer, y que se informe el nombre de cada uno de dichos médicos a la Liga Peurtorriqueña Contra el Cáncer.

Resolución disponiendo que los informes de los distintos organismos directores de la Asociación, así como las resoluciones que hayan de ser presentadas ante la Cámara, se recojan días antes de la reunión de la Cámara y los mismos se hagan circular entre todos los miembros de ésta.

Resolución disponiendo que la Asociación Médica de Puerto Rico se encargue de vender 500 ejemplares de la Historia de la Medicina.

Resolución autorizando que el sobrante del banquete dado a los doctores Morales Otero y Fernós Isern pase al fondo del Auxilio Médico Mutuo.

Resolución disponiendo que la directiva de la Asociación Médica se ponga en contacto con los directores del Departamento de Sanidad, el Departamento de Instrucción, el Departamento de Justicia y la Universidad de Puerto Rico, para conjuntamente

trazar los planes necesarios para facilitar, auspiciar y estimular la especialización de médicos en Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.

Resolución disponiendo que se realice una encuesta entre los médicos de Puerto Rico a ver si algunos estarían dispuestos a cambiar su residencia dentro de los límites de la Isla; esto es, ir a prestar servicios en otras municipalidades donde sus servicios fueran de mayor necesidad que en el sitio donde actualmente trabajan.

Luego fué aprobado el presupuesto de gastos para el año 1943.

La resolución del Dr. Astor, sobre condonación de deudas, fué dejada sobre la mesa para ser discutida en una próxima reunión de la Cámara.

La proposición contenida en el Informe del Comité Científico, en el sentido de que se gestione de la Legislatura que enmiende la Ley creando el Premio al mejor trabajo de medicina, fué derrotada.

El Dr. Pons propuso una enmienda al Reglamento, para crear el cargo de historiador oficial de la Asociación, cuyos deberes serán los de escribir anualmente, en forma de informe, la historia de la medicina, de manera que dentro determinado período, cuando quiera escribirse la historia de la medicina, solamente haya que recopilar los datos contenidos en esos informes anuales.

Esta enmienda al reglamento será discutida en una próxima reunión de la Cámara.

A moción del Dr. Suárez, debidamente secundada, la Cámara acordó hacer constar un voto de reconocimiento y gracias para los médicos legisladores que cooperaron con la directiva en los asuntos médicos que se presentaron en la Legislatura.

A moción del Dr. Suárez, debidamente secundada, la Cámara de Delegados acordó declarar miembros de honor de la Asociación a los doctores Cajigas y Watson.

Al poner fin a los trabajos de la Cámara, el Speaker expresó su agradecimiento a todos los miembros por la cooperación que le brindaron en la realización de la labor, y presentó a todos los presentes al Dr. Tomás Cajigas, quien participará en el programa científico de la asamblea.

A las 5:30 de la tarde se dió por terminada la reunión.

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO. AÑO 1942

MANUEL DE LA PILA IGLESIAS, M.D.

Sr. Speaker, señores miembros de la Cámara:

La lectura de un relato de las actividades que durante todo un año haya podido realizar una organización como la nuestra, resulta siempre tediosa, máxime cuando tal lectura se lleva a efecto ante un cuerpo como el vuestro, compuesto por personas íntimamente relacionadas con la Asociación, y por lo tanto compenetrados de todo cuanto ésta, a través de sus directores, haya hecho por mantener latente entre sus miembros el espíritu de compañerismo y el interés hacia la labor científica, y por defender los derechos de sus asociados y protegerlos contra posibles injusticias. Y, porque ello es así, trataremos de hacer nuestro relato todo lo más breve que las circunstancias nos lo permitan.

No es necesario recalcar ante ustedes, que para la presidencia, este año ha sido uno de grandes inconvenientes. Sin embargo, el espíritu de cooperación, la tolerancia y el sentido de la responsabilidad de todos nuestros compañeros, especialmente de aquellos que han compartido con nosotros la dirección de la Asociación, han sido tan marcados, que no nos resultó muy difícil el poder afrontar con éxito la gran mayoría de los problemas surgidos.

Permítasenos que hagamos a continuación una suscinta exposición de tales problemas:

Nepotismo:

Uno de los asuntos de mayor importancia traídos ante nuestra consideración a los pocos días de haber tomado posesión de nuestros cargos, lo fué el relacionado con la Ley del Nepotismo, que afectaba aproximadamente a treinta compañeros, y la cual entraría en vigor a mediados de enero

Dimos a este asunto todo el interés que el mismo requería; cursamos telegramas, celebramos entrevistas con los legisladores y con el Hon. Gobernador, y sometimos un extenso memorandum haciendo ver la necesidad de que se eximiera a los médicos de las disposiciones de dicha Ley, y finalmente, con fecha 12 de febrero el Honorable Gobernador expidió el Boletín Administrativo número 755, accediendo a nuestra petición.

En la solución favorable de este asunto nuestra directiva tuvo el apoyo decidido del Hon. Presidente del Senado, del Hon. Comisionado de Sanidad, del Doctor Julio A. Santos, y de otros legisladores a quienes nos acercamos en solicitud de cooperación.

Escuela de Medicina:

Durante la celebración de la sesión ordinaria de la Legislatura Insular volvió a suscitarse la cuestión de la posible creación en nuestra Isla, de una Escuela de Medicina; aparecieron en la prensa local editoriales e infinidad de artículos abogando por la aprobación de un proyecto disponiendo el establecimiento de la escuela de medicina.

Inmediatamente que nos dimos cuenta de este movimiento, y compenetrados de la alta responsabilidad que en asunto de tal naturaleza correspondía a nuestra Asocia-

ción, procedimos a nombrar un Comité de Educación para que estudiara el asunto, y en entrevista celebrada con el honorable Presidente del Senado y con otros miembros de la Legislatura Insular, dejamos conocer nuestro propósito de ocuparnos de este problema.

El Comité de Educación nombrado por nosotros, hábilmente presidido por nuestro estimado compañero, el Dr. Enrique Koppisch, realizó una labor de grandes méritos. Inmediatamente se enviaron cartas a las autoridades pertinentes en los Estados Unidos, exponiéndoles el problema surgido y solicitando datos en cuanto al costo de operación de una escuela de medicina catalogada como clase A. Realizó asimismo, este comité, un amplio estudio de la situación local; preparando un memorandum bastante extenso abarcando todos los puntos de interés, y sometiendo una serie de recomendaciones con miras a resolver el problema, que en síntesis eran como sigue:

(1) Reorganización inmediata de los servicios médicos de beneficencia.
(2) Recabar la ayuda del Comisionado de Sanidad en la solución del problema de los servicios médicos de beneficencia.
(3) Solicitar de la Legislatura la creación de una comisión para estudiar la conveniencia y viabilidad de la creación de una escuela de medicina en nuestro país.
(4) Realización de un estudio más amplio del problema de la asistencia médica pública en Puerto Rico.
(5) Solicitar de las autoridades competentes el aumento en el número de becas para estudiantes de medicina; abogar porque éstas se liberalicen en el caso de estudiantes meritorios de gran pobreza; gestionar el ingreso de estudiantes aprovechados a las escuelas de medicina de los Estados Unidos y determinar si hay defectos en el curso preparatorio de medicina de la Universidad de Puerto Rico, susceptibles de reforma.

Este memorandum fué aprobado en todas sus partes por una asamblea general extraordinaria de la Asociación, y copia del mismo fué enviada a los miembros de la Legislatura Insular, al honorable Gobernador y a toda la prensa para conocimiento del público.

Aunque con el envío de este memorandum, aparentemente tuvimos éxito en evitar que la Legislatura tomara acción impremeditada en asunto de tal importancia como la creación de una escuela de medicina en nuestra isla, no dudamos que el asunto volverá a suscitarse en una de las próximas sesiones legislativas; por lo que es conveniente que para ese entonces el Comité de Educación de nuestra Asociación haya preparado un estudio más detallado de todo el problema, tal como se dispone en una de las recomendaciones del memorandum antes mencionado.

Medicina Forense:

Interesados, como siempre hemos estado, en que en Puerto Rico se organice un servicio de medicina legal, que tan necesario resulta en un país como el nuestro, expusimos nuestro deseo de que se preparara legislación a tal efecto al presidente del Comité de Medicina Forense de nuestra Asociación, Dr. Koppisch, quien diligentemente procedió a redactar un anteproyecto en tal sentido, sometiéndolo a la consideración de los demás miembros del Comité. El anteproyecto preparado por el Dr. Koppisch

fué puesto en manos del doctor Julio A. Santos quien después de discutirlo con altos funcionarios del Departamento de Justicia, lo presentó en la Cámara de Representantes bajo el número 317, y con el título de "Proyecto para establecer el Instituto de Medicina Legal de Puerto Rico, etc."

Después de un continuado laborar cerca de los miembros de nuestra Legislatura, logramos que dicho proyecto fuera aprobado por ambas Cámaras legislativas, y cuando ya teníamos la absoluta certeza de que el mismo sería aprobado por el honorable Gobernador, recibimos el siguiente telegrama:

San Juan, P. R. Mayo 14, 1942

Dr. Manuel de la Pila, Presidente
Asociación Médica de Puerto Rico
Ponce, Puerto Rico.

Gobernador autoriza informarle Proyecto 317 de la Cámara creando Instituto Legal de Medicina recibió veto bolsillo debido artículo C Sección 10. Proyecto enmendado se volverá a pasar en el futuro.

Descartes

Demás está decir que nos sentimos desalentados al recibir esta noticia, puesto que fué éste uno de los asuntos que con más tesón luchamos, por creer que el mismo resultaba conveniente no sólo para la clase médica, sino también para el pueblo de Puerto Rico en general; pero nos satisface pensar que existe en la actual Legislatura la mejor disposición para la solución del problema, y que tenemos la promesa del honorable Gobernador, de considerar favorablemente dicha medida una vez se enmiende la Sección C del artículo 10, que encierra un aspecto económico, de fácil solución en la próxima reunión ordinaria de la Legislatura.

Premio al mejor Trabajo de Medicina:

Como un medio de propulsar la investigación científica en nuestro país, entre aquellos compañeros que no cuentan con medios y facilidades para ello, redactamos un Proyecto de Ley para crear un premio al mejor trabajo original en medicina que se realice en Puerto Rico por médicos residentes.

Pusimos igualmente este proyecto en manos de nuestro estimado amigo el Dr. Santos, quien lo presentó en la Cámara de Representantes bajo el número 403. En este proyecto tuvimos mejor suerte que en el anterior, y el mismo se convirtió en Ley al recibir la firma del honorable Gobernador.

Inmediatamente que entró en vigor la Ley, hicimos gestiones cerca del honorable Auditor de Puerto Rico para que hiciera la correspondiente asignación de los $1,000 en sus libros; y en agosto 27 del año en curso recibimos información de que ello se había hecho.

Como es de conocimiento general, la concesión del premio queda bajo la jurisdicción del Comité Científico de nuestra Asociación. Este año sólo se presentaron a consideración del Comité dos trabajos: uno del doctor Tomasini y otro del doctor Pons; pero por estar el doctor Tomasini conectado con una institución del Departamento de Sanidad su trabajo no pudo ser considerado, ya que la Ley esplícitamente excluye los trabajos de compañeros conectados con la Escuela de Medicina Tropical y el Departamento Insular de Sanidad. Por otro lado, no habiendo otros trabajos con el cual poder comparar el realizado por el doctor Pons para poder juzgar cuál era el

mejor, el Comité Científico acordó declarar desierto, por este año, el concurso, y dejar el trabajo del doctor Pons pendiente para ser considerado el año que viene.

De modo pues, que el año que viene todos los médicos de la isla tendrán igual oportunidad de poder competir en este premio, ya que tendrán todo un año para poder realizar algún trabajo de investigación con miras a ser presentado a concurso.

Otra legislación:

Además de los proyectos de Ley a que ya hemos hecho mención en los párrafos anteriores, nuestra Asociación tuvo oportunidad de intervenir directamente en la siguiente legislación:

Proyecto de la Cámara 663, para asignar la suma de $40,000 anuales durante el período de cuatro años, a contar del año económico 1942-43, para cubrir los gastos de no menos de cuarenta estudiantes pobres, a los fines de que cursen la carrera de medicina en colegios de medicina de los Estados Unidos. Este proyecto se convirtió en Ley, dando así paso a una de las recomendaciones contenidas en el memorandum presentado por el Comité de Educación, a que hemos hecho referencia anteriormente, o sea la de gestionar la creación de becas para estudiantes de medicina.

Indudablemente, la concesión de becas por el Gobierno Insular para cursar estudios de medicina, es uno de los medios más apropiados para poder resolver nuestro problema de escasez de profesionales.

Proyecto de la Cámara 390, autorizando la creación en Puerto Rico de Asociaciones no pecuniarias para ofrecer seguros de hospitalización. Este proyecto también fué aprobado por el honorable Gobernador.

Proyecto de la Cámara 460, asignando la cantidad de cinco mil dólares anuales para continuar los estudios e investigaciones que para evitar la propagación de epidemias de tifus e ictericia infecciosa, inició el Departamento de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina Tropical. Este proyecto también se convirtió en Ley.

Proyecto del Senado 135, para permitir el ejercicio de la medicina y cirugía en Puerto Rico a médicos graduados de universidades reconocidas, etc.

Al estarse tratando el problema de la posible creación de una escuela de medicina en nuestra isla, y suscitarse la cuestión de la escasez de médicos en nuestra Isla, se trajo a nuestra consideración un proyecto de ley para permitir la entrada a nuestra isla a 50 médicos extranjeros y autorizar al Tribunal Examinador de Médicos a darles una licencia provisional para ejercer en la Isla hasta un año después de terminado el actual conflicto mundial. Estudiamos detenidamente el proyecto, y seguros de que el mismo hubiera sido aprobado aún cuando nos hubiéramos opuesto a su aprobación, y después de consultar con varios de los compañeros que integran el Tribunal Examinador de Médicos, optamos por sugerir varias enmiendas, entre ellas una reduciendo el número de médicos a ser admitidos a 25, y recomendarlo favorablemente. La Legislatura aceptó varias de las enmiendas, pero dejó el número de los médicos a ser admitidos en 50. El proyecto fué aprobado, y de los siete médicos que se presentaron a examen acogiéndose a dicha Ley, solamente dos lograron aprobarlos.

Tuvimos oportunidad de intervenir asimismo en el proyecto 461 de la Cámara, definiendo lo que es práctica de la medicina, y el 462, disponiendo la creación de 1,500 camas adicionales para pacientes tuberculosos, y los cuales no fueron aprobados. Nos interesamos igualmente en otros proyectos que no fueron aprobados, y que no habre-

mos de mencionar para no hacer muy largo este informe.

Quiero aprovechar esta oportunidad para informar nuevamente de la amplia y valiosa cooperación que nos brindara el doctor Julio A. Santos en todo asunto de carácter legislativo, habiendo sido él quien se ocupó de presentar cuanto proyecto consideramos nosotros de interés para el mejor desarrollo de nuestra profesión. También recibimos una cooperación entusiasta de todos los demás compañeros que forman parte de la Legislatura Insular, los doctores Susoni, Figueroa, Herrero, Arrillaga y García de Quevedo.

Quiero asimismo hacer uso de esta oportunidad para reiterar nuestro sincero agradecimiento al Hon. Luis Muñoz Marín, Presidente del Senado, de quien en todo momento recibimos infinidad de atenciones, y quien demostró estar íntimamente interesado en todo asunto de carácter médico.

Son asimismo acreedores a nuestro agradecimiento por su valiosa ayuda, el honorable Speaker de la Cámara y el honorable representante Jesús T. Piñero. Podemos decir, en términos generales, que todos los miembros de la actual Legislatura demostraron un marcado interés en todos nuestros asuntos y un sincero deseo de resolverlos satisfactoriamente.

Defensa Civil de Puerto Rico:

En la última reunión ordinaria de la Cámara de Delegados se aprobó una resolución disponiendo la asignación de $2,000 como cooperación de la Asociación Médica de Puerto Rico a la defensa civil de nuestra Isla.

Sin intención de desobedecer un acuerdo de este alto cuerpo, pero teniendo en cuenta que tanto el Gobierno Insular como el Federal, tendrían necesariamente que aportar los fondos requeridos para la defensa de nuestra población civil, no nos dimos mucha prisa por cumplimentar dicho acuerdo y optamos por esperar el curso de los acontecimientos, y no pasó mucho tiempo sin que la Defensa Civil contara con un sustancioso presupuesto de fondos insulares y un contínuo fluir de equipo y material pagado por fondos federales.

La cooperación de nuestra Asociación a la Defensa Civil ha resultado, sin embargo, en extremo valiosa. En momentos difíciles para dicha organización cedimos gustosamente parte de nuestro edificio para la instalación de sus oficinas.

A sugerencia del doctor Costa Mandry, iniciamos una suscripción voluntaria entre los médicos para la compra de una ambulancia para ser regalada a la Defensa Civil. Sin embargo, como la cantidad recolectada no alcanzó lo suficiente para cubrir el precio de una ambulancia nueva, y teniendo en cuenta que sería muy difícil encontrar un vehículo en buen estado, decidimos regalar nuestra ambulancia particular a la Asociación, para que ésta a su vez la regale a la Defensa Civil, y pasar el dinero recolectado al Fondo del Plan de Auxilio Médico Mutuo.

Bonos de la Guerra:

Tal como lo dispuso este cuerpo en su reunión ordinaria del 1941, invertimos $2,960 de los fondos de la Asociación en Bonos de la Guerra.

Como un medio de contribuir aún más al triunfo de las democracias en el presente conflicto, y a sugerencia del doctor Ramón M. Suárez, presidente del Comité Científico, durante la presente asamblea se llevará a efecto una intensa campaña pro venta de Bonos de la Guerra.

Racionamiento de la Gasolina:

Sin duda alguna, el más serio de los entorpecimientos que ha sufrido nuestro pueblo con motivo del presente conflicto, ha sido el racionamiento de la gasolina con motivo de la escasez de las existencias de dicho producto.

Cuando por primera vez entró en vigor el racionamiento de la gasolina, la organización resultaba inadecuada, ya que no existían las Juntas Locales, y todo el racionamiento se hizo a través de una oficina central en San Juan.

Un día antes de entrar en vigor el racionamiento tuvimos una conferencia con el director interino de la entonces Comisión de Alimentos, y conseguimos que los tickets del racionamiento para los médicos se hiciera a través de la Asociación, lo que, sin duda alguna alivió bastante las molestias que esto les hubiera ocasionado.

Esta situación, sin embargo, sólo se prolongó durante una semana; pues luego se cambió el sistema de los tickets y más tarde el racionamiento pasó a manos de las autoridades federales, las que pusieron en práctica un sistema más elaborado.

En varias ocasiones hicimos gestiones cerca de las autoridades competentes, tratando de conseguir que se aumentase el número de galones asignados semanalmente a los médicos, sin que tuviéramos éxito en conseguir un aumento colectivo, ya que las distintas Juntas están autorizadas para liberalizar el racionamiento en aquellos casos que demuestren ser acreedores a un mayor número de galones por semana.

Historia de la Medicina:

Por muchos años, la publicación de la obra de nuestro buen amigo y compañero, el doctor Manuel Quevedo Báez, La Historia de la Medicina en Puerto Rico, ha venido siendo objeto de consideración por parte de las anteriores directivas. Así pues, entre los problemas que nos propusimos afrontar y resolver durante el presente año, ocupó sitio preferente, desde que asumimos la presidencia, la Historia de la Medicina en Puerto Rico, y probablemente no hubiera resultado difícil el haberlo conseguido, a no ser por la escasez de papel y el encarecimiento de la mano de obra, que obligó a la imprenta a solicitar por su publicación el precio de $2.75 por página.

Pensamos en la posibilidad de gestionar la publicación de esta obra en alguna de las casas editoras de Sur América o de Cuba; pero las dificultades en transportación nos hicieron desistir de ello.

Finalmente, a recomendación de varios amigos, nos acercamos al Lcdo. García Cabrera y le sugerimos la posibilidad de que dicha obra fuese publicada bajo los auspicios de la Biblioteca de Autores Puertorriqueños. El Lcdo. García Cabrera acogió con gran simpatía nuestra sugerencia e inmediatamente entró en transacciones con la imprenta, consiguiendo un precio más módico, y dando comienzo a la composición del material. En la actualidad prácticamente ya está terminado el prólogo de la obra.

Confiamos en que no pasará mucho tiempo sin que la obra se encuentre terminada de un todo.

Asociaciones de Distrito:

Con excepción de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, todas las demás asociaciones de distrito celebraron sus asambleas anuales y llevaron a efecto elección de nuevos funcionarios.

Para que prevalezca el alto espíritu de compañerismo que hasta el presente ha reinado entre los miembros de nuestra profe-

sión, es necesario que haya a menudo un cambio de impresiones entre los médicos, y ninguna ocasión más apropiada que durante la celebración de las asambleas de distrito.

Excepto la asamblea de Guayama, a la cual no pudimos asistir por causas ajenas a nuestra voluntad, concurrimos a todas las asambleas de los demás distritos, y nos sentimos altamente satisfechos de haber tenido tal oportunidad.

Comité de "Procurement":

Con motivo de una circular enviada a los hospitales de la isla por el "Procurement and Assignment Service" en la que se requería se informara al presidente del Comité de Procurement del estado la lista de aquellos médicos que los hospitales consideraran esenciales para el funcionamiento de los mismos, nos dirigimos al secretario de dicha entidad, imponiéndole de la necesidad de que en Puerto Rico se creara un Comité de Procurement.

En contestación a nuestra solicitud recibimos una invitación para que nuestro delegado a la Asociación Médica Americana asistiera a una reunión que se celebraría en Atlantic City el 9 de junio, para discutir dicho problema. Inmediatamente que recibimos dicha carta, enviamos un cable al Dr. Koppisch, quien en ausencia del Dr. Suárez, habría de representarnos en la Convención de Atlantic City, suplicándole asistiera a dicha reunión. El Dr. Koppisch asistió a la reunión y expuso nuestro problema resolviendo la Junta de Directores de dicho Servicio solicitar de la Asociación la nominación de un candidato para presidir el Sub-comité de Procurement de Puerto Rico. Procedimos inmediatamente a nominar como nuestro candidato para dicho cargo al doctor Costa Mandry, cuya nominación fué aprobada con fecha 7 de agosto, y se solicitó de él a su vez que procediera a nominar candidatos para integrar el Comité. En una reunión que celebramos posteriormente con el Dr. Costa, procedimos a nominar, de mutuo acuerdo, a los doctores Suárez, Astor, Casalduc, Balasquide y Carrera.

Este comité ya se ha reunido en dos ocasiones, y está realizando una magnífica labor; pero aún tiene un escollo por resolver, y que se relaciona con la asignación de médicos a aquellos sitios donde no los hay.

Fallecimientos:

Este año hemos tenido tres bajas en la Asociación por motivo de fallecimientos. En primer lugar, tuvimos el del doctor Juan R. Laugier, un distinguido compañero que por muchos años había venido colaborando activamente con nuestra Asociación.

Luego falleció uno de los jóvenes médicos que más prometía en su carrera y quien durante todo el tiempo que ejerció en nuestra isla demostró un gran interés por todo asunto relacionado con nuestra Asociación: nos referimos al doctor Libertad Gaetán Roberts.

Y por último tuvimos la trágica muerte del estimado colega el doctor Pascasio Quiñones Chacón, mientras se hallaba prestando servicios en las fuerzas armadas destacadas en nuestro país.

En los tres casos nuestra directiva tomó acción inmediata, testimoniando nuestra pena a los familiares de los compañeros fenecidos y nombrando comisiones para representar la Asociación en el acto del sepelio.

En la ciudad de Mayagüez falleció recientemente el Dr. Luis N. Lassise quien no era miembro de nuestra Asociación, pe-

ro quien gozaba de gran estimación entre los compañeros de aquel distrito.

Comités:

Aunque muchos de los comités nombrados este año no celebraron reunión alguna; sin embargo, de otros hemos recibido una muy valiosa cooperación, encontrándose entre estos los siguientes:

Comité de Educación
Comité de Seguro Médico
Comité Científico
Comité de Medicina Forense
Comité de Historia de la Medicina
Comité de Legislación
Comité Auxiliar de Damas
Comité de Biblioteca

El Comité de Alimentos y Drogas y el Comité de Neuropsiquiatría, de reciente creación, han realizado ya alguna labor de interés.

Asuntos Médicos:

Durante el presente año hemos tenido varios casos personales en los cuales hemos tenido oportunidad de intervenir.

Tuvimos en primer término, el caso del doctor Francisco M. Vélez, con las autoridades municipales de Las Piedras, y el cual discutimos ampliamente en una reunión a la cual concurrió el señor Alcalde de dicha población; siendo el mismo resuelto favorablemente; pero dándose el caso de que el doctor Vélez ya había aceptado una plaza en el municipio de Lajas.

Recientemente tuvimos el caso del doctor Herman Jacob Flax, de Manatí, quien aparentemente habría de servir de víctima propiciatoria en una cuestión que tenía sus raíces en un chisme de origen político, y que de haberse llevado adelante indudablemente hubiera afectado la moral médica, y hubiera perjudicado grandemente a este joven médico, que inocentemente, había sido acusado de haber maltratado a una infeliz mujer.

Afortunadamente, con la ayuda del Ledo. Felipe Colón Díaz, quien nos acompañó a Manatí el día señalado para la vista, todo quedó resuelto satisfactoriamente antes de ser llamado el caso a juicio.

Hemos atendido además, otros casos de índole personal, pero que no queremos enumerar en honor a la brevedad.

Cooperación con entidades afines:

Durante todo el año hemos tenido relaciones muy cordiales con las autoridades del Departamento Insular de Sanidad, la Escuela de Medicina Tropical, y con los miembros del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

El día 11 de octubre nuestra Asociación celebró un banquete en honor a los doctores Pablo Morales Otero y Antonio Fernós Isern, quienes fueron nombrados recientemente para dirigir la Escuela de Medicina Tropical, el primero, y para Comisionado de Sanidad, el segundo.

Sin duda alguna, gran parte del éxito en la solución de los problemas médicos en nuestro país, depende de la cordialidad que reine entre todas nuestras instituciones afines. Sinceramente confiamos que el mismo espíritu de compañerismo y de amistad que ha perdurado durante el año en curso, se extienda a los años por venir, para bien de la clase médica y de la población puertorriqueña en general.

Asamblea Anual:

Ya todos ustedes han podido ver el magnífico programa organizado para la asamblea anual de este año. Tanto su parte

científica como la social, están a la altura de otras reuniones celebradas en tiempos normales. Además de la colaboración local, que es bastante, tenemos la muy valiosa de los doctores Watson y Cajigas. Verdaderamente, ha sido un grato privilegio el poder reunir en una misma asamblea a estos dos distinguidos colegas.

Auxilio Médico Mutuo:

Hemos dejado ex-profeso para último término, nuestros comentarios en torno al Auxilio Médico Mutuo, ya que consideramos la solución de este problema nuestra más destacada actuación.

La aprobación de un plan de Auxilio Médico Mutuo, no representa la labor de una sola persona, sino que es el resultado del esfuerzo colectivo de un gran número de compañeros, que con sus ideas fueron cimentando, año tras año, la opinión de los miembros de la Asociación en favor de la organización de un sistema de auxilio dentro de nuestra agrupación. Aunque aparentemente el plan nace ahora; podríamos decir, sin embargo, que el mismo ha vivido en la mente, sino de todos, por lo menos de una gran mayoría de nuestros colegas, desde el preciso momento en que la clase médica se constituyó en Asociación.

La idea que por tantos años ocupó la atención de un gran número de compañeros, se ha convertido en realidad y está en marcha; los estudios estadísticos realizados antes de decidirnos a echarla a caminar, garantizan su funcionamiento; sólo resta que nuestros colegas la acojan con igual interés con que la misma fué estudiada por los dirigentes de la Asociación.

Al frente del plan de Auxilio Médico se halla un grupo de compañeros de verdadero valer en nuestra profesión, y que indudablemente, realizará cuanto esfuerzo sea menester para que el mismo subsista sus primeros años de vida, que seguramente serán los más difíciles.

El Comité Auxiliar de Damas ha demostrado verdadero interés en el plan, y sin duda alguna, la cooperación de sus miembros habrá de ser un factor decisivo en el mejor éxito del mismo.

Recomendaciones:

No queremos terminar este informe sin antes hacer unas cuantas recomendaciones en asuntos que son de gran interés, y que estoy seguro habrán de contribuir grandemente al mejor desenvolvimiento, en el futuro, de las cuestiones de índole médico.

1.—*Instituto de Medicina Legal*: Tan pronto inicie sus trabajos la próxima sesión legislativa deberán reanudarse las gestiones para conseguir la aprobación del Proyecto de Ley disponiendo la creación del Instituto de Medicina Legal. El artículo sobre el cual hubo oposición, es uno de fácil enmienda.

Recomendamos enfáticamente a los próximos directores de la Asociación el dar atención a este asunto.

2.—*Premio al Mejor Trabajo de Medicina*: Una copia de la Ley creando el premio al mejor trabajo de medicina debe ser enviada a todos los médicos de la Isla a principios del próximo año como un recordatorio de la existencia de dicho premio, y en calidad de invitación a que realicen trabajos de investigación, de manera que el próximo año hayan bastantes concursantes y el premio pueda ser otorgado.

3.—*Auxilio Médico Mutuo*: Deben estudiarse las sugerencias hechas por nosotros en el transcurso del año, tendientes a crear nuevas fuentes de ingresos para el fondo del plan de Auxilio Médico Mutuo, mediante el papel para certificados y el sello para las recetas, así como cualquier otra

medida que tienda a aumentar el fondo que se cree por concepto de las cuotas.

4.—*Estudio del problema de la asistencia médica*: Tal como lo recomendó el propio comité en su informe, el Comité de Educación de nuestra Asociación debe proceder a realizar un estudio a fondo de la asistencia médica pública en Puerto Rico. Indudablemente que el próximo año volverá a suscitarse en la Legislatura Insular la cuestión de la posible creación de una Escuela de Medicina en Puerto Rico, por lo que es necesario que se tenga a mano el mayor número de datos con que poder demostrar la viabilidad o no viabilidad de tal acción.

Indudablemente que todos ustedes saben lo muy agradecido que les estoy por la oportunidad que me brindaron de poder servir a nuestra Asociación, pero quiero aprovechar esta ocasión para reiterarles mi sincera gratitud. Igualmente quiero expresar mi agradecimiento a todos los compañeros de directiva por su valiosa colaboración, así como a todos los colegas a quienes una u otra vez me acerqué en busca de consejos, y de quienes siempre tuve una amplia y decidida cooperación.

INFORME DEL SECRETARIO, DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

E. MARTINEZ RIVERA, M. D.

Estimados compañeros:

Habéis oído por voz de nuestro activo y competente presidente una relación bastante amplia de las actividades desarrolladas por la actual directiva de la Asociación, durante el transcurso del presente año. Muy poco sería lo que nosotros podríamos agregar para exponer ante vosotros un cuadro más completo de la labor realizada durante el año, que sin duda alguna ha sido bastante provechosa para la buena marcha y desenvolvimiento de nuestra agrupación.

La actual directiva ha afrontado con entusiasmo inusitado cuanto problema relacionado con cuestiones médicas ha sido traído ante su consideración, en la mayoría de las ocasiones con resultados favorables.

El movimiento de socios durante el presente año ha estado sobre los límites de lo normal, habiendo sido el mismo como sigue:

Total de ingresos — — — — —	41
Bajas por muerte — — — —	3
Bajas por haberse ausentado para los Estados Unidos —	3
Total bajas — — —	6

Número total de miembros, 414 o sea un aumento de 35.

Del total de médicos en ejercicio activo en nuestra Isla, que de acuerdo con nuestras listas monta a 552, permanecen aún fuera de nuestra Asociación 138. En varias ocasiones durante el año hemos realizado gestiones cerca de estos colegas, invitándoles a que ingresen a la Asociación, y recientemente les enviamos una circular acompañándoles copia del Reglamento del Auxilio Médico Mutuo, y exponiéndoles las ventajas de su ingreso antes del primero de enero del próximo año. Aparentemente, esta última gestión está teniendo mejor acogida que las anteriores; probablemente por el hecho de haberse establecido recientemente el plan de Auxilio Médico Mutuo, que de por sí constituye un incentivo para que todos los compañeros deseen venir a formar parte de nuestra colectividad.

El total de 414 médicos que aparecen como socios, está distribuído por distritos, en la forma indicada a continuación:

San Juan — — — — —	217
Ponce — — — — — — —	38
Mayagüez — — — — —	34
Arecibo — — — — — —	36
Humacao — — — — — —	34
Guayama — — — — — —	36
Aguadilla — — — — — —	19
	414

Reuniones administrativas:

Durante este año la directiva ha celebrado, bien individualmente o conjuntamente con varios de los comités de la Asociación, un total de 18 reuniones oficiales, lo que en sí demuestra el interés demostrado por cumplir fielmente las obligaciones que nos impusiera la Cámara de Delegados al dispensarnos el honor de nombrarnos para di-

rigir nuestra Asociación durante el año en curso.

Además de estas reuniones oficiales, los miembros de la directiva que residimos en este distrito, celebramos infinidad de reuniones extraoficiales con nuestro presidente, el doctor Pila, quien a pesar de los inconvenientes en el tráfico, supo siempre arreglárselas para trasladarse a la capital, una o dos veces por semana, —en ocasiones más— con el único y exclusivo fin de tratar los asuntos de la Asociación; demostrando así, tener no sólo un gran sentido de la responsabilidad, sino también un ferviente deseo de dar a la agrupación toda la energía y todo el entusiasmo que le han caracterizado en el ejercicio de su profesión. Sinceramente, dudamos que pueda haber compañero alguno capaz de rendir una labor tan eficiente como la realizada por nuestro presidente este año, contando con los mismos inconvenientes que ha tenido él necesidad de afrontar durante el actual período de emergencia.

Además de las reuniones de la directiva, se celebraron dos asambleas generales extraordinarias, una relacionada con la propuesta creación de una escuela de medicina en Puerto Rico, y la otra para tratar el plan de Auxilio Médico Mutuo. La Cámara de Delegados celebró una reunión extraordinaria con el objeto de aprobar enmiendas al reglamento de la Asociación para facilitar el que pudiera ponerse en vigor el plan de Auxilio Médico. Los comités de Biblioteca, Historia de la Medicina, Legislación, Tuberculosis y Seguro Médico se reunieron conjuntamente con la directiva, y los comités de Medicina Forense, Educación, Científico, Alimentos y Drogas y Neuropsiquiatría, se reunieron por iniciativa propia. También celebró reuniones, por iniciativa propia, la Junta del Auxilio Médico Mutuo.

Sesiones científicas:

Durante el presente año celebraron asambleas científicas las asociaciones de distrito de Humacao, Guayama, Mayagüez, Ponce y Arecibo. La Asociación Médica del Distrito de San Juan celebró una reunión de carácter científico. La Asociación Médica del Distrito de Aguadilla no celebró reunión alguna durante el transcurso del presente año.

En términos generales, la parte científica de la Asociación, ha sido bastante amplia, y la concurrencia a cada una de las reuniones se mantuvo a la altura de otros años, no obstante los grandes inconvenientes de transportación que hemos padecido.

Actividades generales:

Como ya habéis oído, una de las actividades sobresalientes del año en curso, lo constituye el plan de Auxilio Médico Mutuo. En la consecución de este plan tuvimos oportunidad de colaborar extensamente; en primer término, en la obtención de datos para ser entregados al Sr. Janer, para llevar a efecto los estudios estadísticos tendientes a verificar la practicabilidad del plan, y más tarde, en la redacción del reglamento que rige el mismo.

Durante todo el año hemos atendido todos los asuntos relacionados con la secretaría a nuestro cargo; colaboramos en distintos comités, y además, tuvimos a nuestro cargo la edición y administración del Boletín de la Asociación.

Al final de este breve informe se acompaña una relación de los nuevos socios, así como de los miembros dados de baja por distintos conceptos. Se incluye asimismo, un resumen de las reuniones administrativas y científicas celebradas hasta el presente.

Antes de terminar, quiero decir, que ha

sido un verdadero placer el haber tenido la oportunidad de colaborar en una directiva integrada por compañeros tan entusiastas y emprendedores; y, si nuestra cooperación ha sido de alguna ayuda para el mejor desenvolvimiento de la Asociación, nos sentiremos profundamente satisfechos.

Permítasenos aprovechar esta oportunidad para nuevamente expresar nuestro agradecimiento a los compañeros que nos hicieron el honor de elegirnos para este cargo.

RELACION DE MEDICOS QUE INGRESARON EN LA ASOCIACION DURANTE EL AÑO 1942

Dr. Norton S. Freedman
Dr. Dulcidio Rojas Daporta
Dr. José A. Hernández Matos
Dr. Ralph P. Panzer
Dr. Pedro Vargas Rosado
Dr. Leon Sheplan
Dr. Francisco M. Vélez
Dr. José Martínez Rodríguez
Dr. Pedro Jaime Durand
Dr. Ceferino A. Méndez
Dr. Manuel Meléndez
Dr. Arnaldo Palmer
Dr. Héctor R. Marrero Otero
Dr. Peter E. Sabatelle
Dr. Herman Jacob Flax
Dr. Luis A. Salivia
Dr. José A. Amadeo Toro
Dr. J. M. Quiñones
Dr. Bernardo Zaragoza
Dr. Donald F. Gowe
Dr. Carlos L. Massanet
Dr. Jaime L. Fuster
Dr. Luis Jorge Montalvo Durand
Dr. Joaquín Rovira Palés
Dr. R. Maldonado Quiñones
Dr. James Earl Jones
Dr. Angel Roberto Buxeda
Dr. Raúl Yumet
Dr. Federico Ellis Cambiaso
Dr. Jorge García Bird
Dr. Luis B. de la Vega
Dr. Salvador C. Busquets
Dr. Luis Alwin Amorós
Dr. José Raúl González Giusti
Dra. Josefina Guarch
Dr. Colby William Dunscombe
Dr. José A. Seín
Dr. Herminio Dámaso García
Dr. Ildefonso Rivera Lugo
Dr. Fidel Alonso Caiñas
Dr. J. Polanco González

RELACION DE MEDICOS DADOS DE BAJA DURANTE EL AÑO 1942

Por Muerte:

Dr. Juan R. Laugier
Dr. P. Quiñones Chacón
Dr. L. R. Gaetán

Por haberse ausentado de la Isla:

Dr. Myron E. Wegman
Dr. Juan R. Aguayo
Dr. William Reichard

RELACION DE REUNIONES ADMINISTRATIVAS CELEBRADAS DURANTE EL AÑO

Fecha	*Organismos que se reunieron*	*Núm. de Asistentes*
Enero 2	Directiva	9
Enero 10	Directiva	5
Enero 12	Directiva	3
Enero 21	Directiva	6
Febrero 10	Directiva	5
Febrero 16	Comité de Medicina Forense	4
Febrero 20	Directiva	4
Marzo 2	Directiva y varios comités	10
Marzo 3	Comité de Educación	4
Marzo 7	Directiva — Comité Educación	6
Marzo 8	Asamblea General Extraordinaria	104
Marzo 14	Directiva, Historia Medicina, Comisión Médicos Salud Pública	7
Marzo 16	Directiva, Legisalción y Tuberculosis	7
Abril 7	Directiva —Comité Educación	6
Mayo 9	Directiva, Seguro Médico y Biblioteca	11
Junio 16	Directiva	8
Julio 11	Directiva, Biblioteca, Historia de la Medicina y Seguro Médico	8
Julio 18	Asociación Médica Distrito de San Juan	27
Julio 25	Reunión extraoficial con el Col. Eanes (Directiva)	10
Agosto 30	Asamblea General Extraordinaria	40
Agosto 11	Directiva	11
Agosto 15	Directiva	5
Septiembre 12	Cámara de Delegados	10
Septiembre 26	Directiva, Auxilio Médico, Comité Auxiliar de Damas	7
Octubre 11	Junta de Auxilio Médico	5
Noviembre 3	Comité Científico	7
Noviembre 19	Directiva	3
Diciembre 1	Comité de Neuropsiquiatría	4
Diciembre 2	Comité Científico	8

RELACION DE TRABAJOS CIENTIFICOS PRESENTADOS DURANTE EL AÑO 1942

Asociación Médica de Humacao (Marzo 1, 1942).

Ward Rounds at the District Hospital of Fajardo.

"Consideration of Injuries and Disabilities in Connection with Hostile Aircraft Attacks on Civilian Population."

(a) Notes on the Neuroses of War in the Civilian Population, por el Dr. Luis Manuel Morales.
(b) Burns, por el Dr. José Noya Benítez.
(c) Abdominal Injuries, Dr. R. López Nussa.
(d) Fractures — Simple and Compound, Dr. Peter Sabatelle.
(e) Shock, Dr. Juan A. Pons.
(f) Hemorrhage, Dr. Federico Hernández Morales.
(g) Gas, Dr. Jacob Smith.
(h) Medical Complications, Dr. Ramón M. Suárez.

Sección de Oftalmología y Otolaringología: (Enero 30, 1942).

Tratamiento quirúrgico del Estrabismo, doctores Luis y Ricardo Fernández.

Asociación Médica de Guayama: (Abril 5, 1942).

Presentación de un caso de Disostosis Cleido Craneal, Dres. R. Fernández Marchante y G. Ruiz Cestero.

Servicios Médicos en la Defensa Civil, Dr. O. Costa Mandry.

La Malaria y la Uncinariasis en la mujer embarazada, Dr. Rafael A. Vilar.

Sociedad Puertorriqueña de Tisiólogos: (Abril 26, 1942).

Casos interesantes de tuberculosis pulmonar, Dr. José Soto Ramos.

Demostración clínico-patológica, Dr. Félix M. Reyes.

Signo físico biológico, Dr. Guillermo Salazar.

Asociación Médica de Mayagüez: (Junio 14, 1942).

Tratamiento de la supuración crónica del oído por la insuflación de la Sulfanilamida, Dr. A. Antommattei.

Cuerpos extraños en el estómago, con presentación del historial y radiografías de casos, doctores Julio C. Roca y Arquelio Ramírez.

Un caso de útero bicornio doble, doctores Edgardo Quiñones y Laureano Trelles.

La reacción de Zambrini — Termómetro de la Resistencia Vital, Dr. Salvador Arana Soto.

Asociación Médica de San Juan: (Agosto 18, 1942).

"The Kenny's Method in the Treatment of Infantile Paralysis".

Asociación Médica de Ponce:

Mortalidad cardíaca según las estadísticas demográficas, Dr. Manuel de la Pila.

Vientre agudo, Dr. Américo Serra.

Quistes mesentéricos, Dr. Mario Tomasini.

La incisión antero-lateral en la Nefrectomía — Técnica de Bazy, Dr. Pablo G. Curbelo.

"The Sister Kenny Treatment as applied to Poliomyelitis in Puerto Rico," Dr. Leon Sheplan.
"Surgery of the Recto-Sigmoid", Dr. Basilio Dávila.

Asociación Médica de Arecibo:
"Perthes Disease", Dr. Leon Sheplan.
Enfermedad de Weil, Dr. Julio A. Santos.
Fracturas del codo, Dr. Manuel A. Astor.

Diverticulosis duodenal, Dr. Manuel Baralt.

Púrpura hemorrágica trombo-citopénica — Presentación de un caso, Dr. Antonio H. Susoni.

Enfermedad de Addison, Dr. Roberto Francisco.

INFORME DEL TESORERO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO. AÑO 1942

MANUEL A. ASTOR, M. D.

Señores miembros de la Cámara de Delegados:

Dando cumplimiento al mandato de nuestro reglamento, tengo especial gusto en someter a continuación, a vuestra consideración, un breve resumen de las operaciones realizadas durante el año en curso, por la tesorería a mi cargo.

Hasta el momento en que redactamos este informe, tanto los egresos como ingresos de la Asociación, se han mantenido más o menos dentro de los límites del presupuesto aprobado por esta Cámara de Delegados en su reunión ordinaria del 1941.

La principal fuente de ingresos, este año, lo ha constituído el cobro de cuotas entre los médicos asociados, que hasta el presente ha montado a $3,216.00, lo que representa un aumento de $246.00 sobre la cantidad ingresada por este concepto durante el mismo período del año pasado.

La siguiente tabla nos demuestra el *status* de los 414 médicos que actualmente aparecen como miembros de la Asociación, en cuanto al pago de cuotas:

	No. de Médicos	Total adeudado
Médicos al día	194	.....
Deben un semestre	41	$ 246.00
Deben un año	81	972.00
Deben año y medio	8	144.00
Deben dos años	28	672.00
Deben cantidades mayores	60	3,105.00
Miembros honorarios	2	.....
Total	414	$5,139.00

Año tras año ha venido nuestra Asociación manteniendo en sus filas a un gran número de compañeros, que no obstante las reiteradas súplicas de nuestros predecesores, y de las nuestras durante el presente año, no se han puesto al día en el pago de sus cuotas. No hay la menor duda de que muchas de las cuentas acumuladas por este concepto resultan hoy día incobrables, ya que la gran mayoría fluctúan entre $72.00 y $84.00. Por otro lado, estamos seguros de que muchos compañeros que aparecen adeudando grandes cantidades volverían a cooperar con nuestra Asociación, si se les eximiera del pago de esas cuentas atrasadas. Porque tenemos la completa seguridad de que a la Asociación le reportaría más beneficio el tener a estos colegas como miembros activos, que tener en nuestros libros infinidad de cuentas inco-

brables, nos hemos tomado la libertad de redactar una resolución afrontando este problema de las cuotas, y la cual habremos de presentar al terminar la lectura de este informe.

En términos generales, el cobro de cuotas este año ha estado bastante bien balanceado, y esperamos que durante el transcurso de esta asamblea habremos de mejorar grandemente nuestros ingresos por tal concepto.

Boletín Médico:

La administración, así como la edición del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, que constituye otra de las principales fuentes de ingreso de nuestra entidad, ha seguido este año bajo la hábil y competente dirección del estimado colega, Dr. E. Martínez Rivera.

Como era natural esperar, los inconvenientes de transportación que hemos tenido este año, se han reflejado considerablemente en la parte económica de nuestro Organo oficial, ya que muchas casas comerciales, al no poder importar sus productos en la cantidad y con la regularidad que lo hacían en tiempos normales, se han visto obligadas a cancelar sus contratos de anuncios. No obstante esta situación, el Boletín se ha desenvuelto bastante bien, y ha sido publicado con la debida regularidad.

El total de los anuncios publicados durante los primeros once meses del año ha montado a $2,193.89, de cuya cantidad se ha cobrado un total de $1,629.50, adeudándosenos $564.39.

Los gastos de impresión, franqueo y transportación, hasta el presente han montado a $1,603.47, que deducido del total de anuncios publicados representa un beneficio de $590.12.

Fondo pro Ambulancia Defensa Civil:

La recolecta iniciada en marzo del año en curso entre los médicos asociados con el propósito de regalar una ambulancia a la Defensa Civil de Puerto Rico, produjo un total de $759.30.

Como ya sabéis, nuestro presidente, dando prueba una vez más de su generosidad, ha donado a nuestra Asociación su ambulancia particular, para que ésta a su vez la entregue a las autoridades de Defensa Civil, habiendo dispuesto que el producto de la recolecta iniciada pase al Fondo del Auxilio Médico Mutuo.

Banquete en honor a los doctores Morales Otero y Fernós:

La venta de tickets para el banquete que en honor a los doctores Morales Otero y Fernós Isern celebró nuestra Asociación el día 11 del mes de octubre ppdo., produjo la cantidad de $410.00, y se gastaron en el mismo $306.00, dejando un beneficio de $104.00, el cual por acuerdo de la directiva, pasará a formar parte del Fondo del Auxilio Médico Mutuo.

Bonos de la Guerra:

De conformidad con el acuerdo tomado por la Cámara de Delegados en su reunión ordinaria del 1941, nuestra directiva invirtió en Bonos de la Guerra, la cantidad de $2,960.00; los cuales, al término de doce años habrán proporcionado a la Asociación un beneficio de $1,040.00.

Alquiler de Locales:

El alquiler de locales para exhibiciones comerciales durante la asamblea, que en años anteriores había constituído una buena fuente de ingresos, en esta ocasión también ha sufrido con motivo de los inconvenientes de transportación, y son muy pocas las firmas que habrán de cooperar a este respecto. El ingreso por este concepto solamente montará este año a la cantidad de $225.00, o sea menos de la mitad de lo obtenido en otras asambleas.

Edificio:

Como es de conocimiento general, a principios de abril la actual directiva cedió, gratuitamente, parte del edificio a la Defensa Civil de Puerto Rico, para la instalación de su oficina central, comprometiéndose dicha entidad a ocuparse de las reparaciones que fuere menester realizar en el edificio y a sufragar los gastos de luz y agua.

Mobiliario y equipo:

El mobiliario ha permanecido prácticamente igual durante el año en curso, no habiéndose hecho ninguna adición al mismo y sin que tampoco se haya dado de baja mueble alguno.

En cuanto al equipo, éste ha sido ampliado mediante la compra de un mimeógrafo.

Asociaciones Médicas de Distrito:

Este año se reembolsó dinero a las Asociaciones de Distrito de Humacao, Guayama, Mayagüez, Ponce y Arecibo, habiendo montado la cantidad reembolsada a $194.10. Queremos hacer constar, sin embargo, que la Asociación Médica del Distrito de Humacao, habiendo sufragado los gastos de su asamblea con el dinero recolectado entre los compañeros del distrito, regaló la parte que le correspondió, al Fondo pro Ambulancia de la Defensa Civil.

Gastos Generales:

Este año los gastos de la Asociación han sido más o menos idénticos a los de años anteriores, con la excepción del dinero invertido en la compra del mimeógrafo, que montó a $485.00, y de la contribución de $250.00 para la Casa del Médico en Ponce.

Auxilio Médico Mutuo:

Según lo dispone el reglamento que rige el Auxilio Médico Mutuo, los fondos correspondientes al mismo, han sido depositados en una cuenta independiente.

Hasta la fecha en que redactamos estas líneas, 47 compañeros han enviado su cuota correspondiente al año 1943, con un total de $846.00, que unido a los $758.00 transferidos del fondo de la ambulancia, y a los $104.00 sobrantes del banquete ofrecido a los doctores Morales Otero y Fernós, hace un total de $1,709.00.

Resumen:

Resumiendo las operaciones habidas en la tesorería a nuestro cargo, durante el año que termina, obtenemos los siguientes datos:

Total de ingresos por distintos conceptos	$6,996.60	
Menos el total de egresos — — — —	5,982.81	
Nos da un beneficio de — — — — —	1,013.79	
Menos transferencia a favor del Auxilio Médico Mutuo — — — — — —	863.00	
Beneficio neto — — — — —		$ 150.79
que unido al balance del año anterior —		9,145.67
Nos da un total de — — — — — — —		$9,296.46
el cual se descompone como sigue:		
En Caja — — — — — — —	$6,336.46	
En valores (Bonos) — — — —	2,960.00	$9,296.46

Además, tenemos por cobrar la cantidad de $564.39 por concepto de anuncios publicados en el Boletín, y $240.00 por concepto de alquiler de locales. Por otro lado, tenemos por cobrar una considerable cantidad por concepto de cuotas, una gran parte de la cual esperamos pueda cobrarse durante el transcurso de la presente asamblea.

Para terminar, réstame expresar mi sincero agradecimiento a los miembros de la Cámara de Delegados que me hicieron el honor de nombrarme para desempeñar el cargo de tesorero durante este año, así como a todos los miembros de la Asociación que en una u otra forma contribuyeron a facilitar nuestra labor.

Se acompañan a este informe los siguientes datos:

1—Estado de Ingresos y Egresos habidos desde el 1ro. de enero del año en curso hasta la fecha en que cerramos nuestras operaciones. Noviembre 30, 1942.

2—Lista de las firmas que nos adeudan por concepto de anuncios en el Boletín y alquiler de locales.

3—Listas de los compañeros al día en el pago de sus cuotas, y de los que nos adeudan por tal concepto.

4—Estados mensuales de las transacciones hechas por la tesorería.

DETALLE DE LOS INGRESOS Y EGRESOS HABIDOS EN TESORERIA DESDE EL 1ro. DE ENERO, 1942, HASTA NOVIEMBRE 30, 1942.

INGRESOS

Balance en Caja en diciembre 31, 1941	$9,145.67	
Cobrado por concepto de cuotas	3,216.00	
Cobrado por concepto de anuncios — Boletín	2,165.26	
Cobrado por alquiler locales 1941	380.00	
Cobrado por insignias para automóviles	2.50	
Cuotas Banquete Dres. Morales Otero y Fernós	410.00	
Cuotas Banquete Dr. Scudder	39.00	
Cuotas Ambulancia Defensa Civil	759.30	
Reembolso por consumo luz — Defensa Civil	23.88	
Dividendo cuenta Banco Territorial	.66	$16,142.27

EGRESOS

Agua	$ 15.60	
Anuncios	119.50	
Asociaciones de Distrito	194.10	
Auxilio Médico Mutuo	4.00	
Banquete Dres. Morales Otero y Fernós	306.00	
Banquete Dr. Scudder (devolución cuotas)	39.00	
Biblioteca	40.00	
Bonos de la Guerra	2,960.00	
Casa del Médico de Ponce	250.00	
Comisión Banco sobre cheques extranjeros	25.27	
Diplomas y Keys ex-presidentes	18.00	
Efectos de Oficina	163.25	
Efectos Sanitarios	20.95	
Gastos Boletín	1,485.72	
Gastos de Asamblea	87.55	
Gastos de Viaje	51.15	
Historia de la Medicina	32.00	
Imprevistos	240.88	
Luz	111.28	
Mobiliario	505.65	
Reparación edificio	148.18	
Sellos correo	239.88	
Seguro edificio	36.06	
Sueldo	1,650.00	
Teléfono	141.66	
Telegramas y cables	57.13	
Transferencia al Auxilio Médico Mutuo	863.00	9,805.81
BALANCE EN CAJA 11-30-42		$ 6,336.46
BONOS DE LA GUERRA		2,960.00
TOTAL		$ 9,296.46

INFORME DEL COMITE CIENTIFICO ANTE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO AÑO 1942

RAMON M. SUAREZ, M. D.

Señores miembros de la
Cámara de Delegados:

Sin duda alguna, todos ustedes conocen cuál ha sido la labor científica realizada durante el presente año por la Asociación Médica de Puerto Rico. Sin embargo, como cuestión de record, es nuestra obligación presentar ante esta asamblea un breve resumen de las actividades con las cuales está conectado el Comité Científico, el cual he tenido el honor de presidir.

Como es de conocimiento general, uno de los principales objetivos de nuestra agrupación es el de propulsar el adelanto de la ciencia médica en nuestra isla. En nuestra opinión, la Asociación ha cumplido fielmente dicho objetivo durante el presente año.

Un breve recuento de las actividades desplegadas por esta colectividad hasta el momento actual, nos demuestra que en todos los distritos, con excepción del de Aguadilla, se llevaron a efecto reuniones de carácter científico, habiéndose presentado en dichas reuniones un total de 32 contribuciones, muchas de las cuales fueron más tarde a nutrir las páginas del Boletín de la Asociación, proporcionando así oportunidad de adquirir nuevos conocimientos o de refrescar la memoria en ciertos aspectos de la medicina, a aquellos compañeros que no tuvieron oportunidad de asistir a las distintas reuniones.

Como complemento a toda la labor científica realizada durante los primeros once meses del año, se ha organizado para los días de la asamblea anual de la Asociación un programa científico, que tanto por la cantidad como por la calidad de sus trabajos, habrá de sentar un precedente en los anales de nuestra colectividad. Tenemos para esta asamblea un total de 34 conferencias de carácter científico, además de las clínicas médicas y quirúrgicas en los Hospitales de la Capital, en el Hospital Presbiteriano y en el Hospital de la Escuela de Medicina Tropical. Por otro lado, este año tendremos, por vez primera durante una asamblea de la Asociación, exhibiciones científicas a cargo de distintas entidades gubernamentales y privadas, así como de algunos compañeros miembros de la Asociación.

La colaboración extranjera en el programa de este año es verdaderamente meritoria. Participan en nuestra asamblea hombres de gran prestigio, como lo son los doctores Cecil J. Watson, Gustavo Pittaluga, Tomás Cajigas y Braulio Pérez; además de otros distinguidos compañeros americanos que se hallan en servicio militar en nuestra Isla. La colaboración de los compañeros puertorriqueños es también una de verdadero valor.

Ha sido tan amplia y espontánea la cooperación recibida por el Comité Científico en la organización del programa de este año, que como ustedes habrán visto, muy a nuestro pesar, hubo necesidad de dejar algunos trabajos fuera de programa, además de extender las sesiones por una o dos horas más.

Como es de conocimiento general, en su empeño por proporcionar al médico de práctica privada un incentivo más hacia el trabajo de investigación, nuestro activo presidente, el doctor Pila, confeccionó, y consiguió la aprobación de un Proyecto de Ley disponiendo la creación de un Premio anual de $1,000 para el mejor trabajo científico de carácter original que se realice en Puerto Rico por médicos residentes. La adjudicación del premio fijado por esta Ley, ha sido puesta en manos del Comité Científico de nuestra Asociación.

La parte dispositiva de dicha Ley fué publicada en la edición de mayo del Boletín de la Asociación, y nuevamente en la edición de septiembre; pero no fué hasta octubre 13, que se comunicó oficialmente, a los médicos de Puerto Rico, la aprobación de dicha Ley y se les invitó a que sometieran trabajos para el concurso.

El día 3 de noviembre se reunió el Comité Científico para considerar los trabajos recibidos, dando cuenta esta presidencia de los enviados por los doctores Juan A. Pons y Mario J. Tomasini, sobre los temas más abajo indicados:

> "On the effect of Momordica Charantia L., ("Cundeamor") on Diabetes Mellitus. I. A Test of Hypoglycemic Activity of an Alcoholic Extract." por los doctores Juan A. Pons y D. Santiago Stevenson.
>
> "The Management of Acute Appendicitis", por el Dr. Mario J. Tomasini.

En esta primera reunión se distribuyeron las seis copias de cada uno de dichos trabajos entre igual número de miembros del Comité, para su estudio y consideración. Estas copias fueron más tarde enviadas a los otros miembros del Comité, dando así la oportunidad a cada uno de los miembros de poder hacer un análisis detenido de los méritos de los trabajos sometidos.

El Comité Científico se reunió nuevamente el día 1ro. de diciembre, con el objeto de rendir el correspondiente laudo. A esta reunión concurrieron 6 de los miembros del Comité y otros dos sometieron su opinión por escrito. En primer término se procedió a considerar el trabajo del Dr. Tomasini, y tras una amplia consideración de las disposiciones de la Ley, el Comité llegó a la conclusión de que el mismo no podía entrar en concurso, por estar su autor conectado con el Departamento Insular de Sanidad, y disponer la propia Ley la exclusión de aquellos compañeros que trabajen en la Escuela de Medicina Tropical y el Departamento Insular de Sanidad.

Una vez tomada la anterior decisión por el Comité, sólo quedaba ante la consideración del Comité el trabajo sometido por los doctores Pons y Santiago. Trájose entonces a discusión, por uno de los miembros del Comité, un aspecto legal, en el sentido de que no habiendo otro trabajo con el cual comparar el del doctor Pons, el Comité no podría decidir cuál era el mejor trabajo de este año. Esta argumentación fué objeto de amplia discusión, y finalmente el Comité decidió dejar por desierto el concurso de este año; comunicárselo así a los interesados y dejar pendiente para ser considerado el año que viene el trabajo sometido por los doctores Pons y Santiago, que dicho sea de paso, constituye un estudio científico original, tal como lo requiere la Ley.

Interpretando el sentir de un gran número de compañeros, nos permitimos sugerir, muy respetuosamente, que el próximo año se hagan gestiones en la Legislatura Insular para enmendar dicha Ley, de manera que en el concurso puedan participar todos los médicos de la Isla. Si, por el contrario, se desea que de los privilegios

de esta Ley sólo disfruten los médicos en práctica privada, entonces específicamente debe excluirse a aquellos compañeros conectados con otras entidades que pueden ofrecer a su staff iguales facilidades para labor de investigación, que las que puedan ofrecer el Departamento Insular de Sanidad y la Escuela de Medicina Tropical.

INFORME DEL EDITOR-EN-JEFE Y ADMINISTRADOR DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO AÑO 1942

E. MARTINEZ RIVERA, M. D.

Distinguidos compañeros:

Durante seis años consecutivos hemos venido siendo honrados con la presidencia de la Junta Editora de nuestro Boletín, e indudablemente, ya muchos de ustedes estarán deseosos de que me licencien, para tener la oportunidad de ver nuevas caras en estas actividades. Sinceramente les declaro, que yo también lo he deseado, máxime en este año, cuando me correspondió también el privilegio de asumir la secretaría de nuestra Asociación. Sin embargo, de tal manera he llegado a encariñarme con la labor de editar el Boletín, que a los demás compañeros de directiva no les resultó difícil el conseguir que volviera a asumir su dirección por otro año.

El éxito que pueda lograrse en la edición del Boletín depende, como es natural, del grado de cooperación que sus editores reciban de los miembros de la Asociación. Afortunadamente, para nosotros, este año hemos recibido una cooperación bastante amplia de parte de los médicos asociados, así como de varios de los compañeros americanos que están prestando sus servicios en las fuerzas armadas destacadas en nuestra Isla, y hemos podido publicar regularmente, sin entorpecimientos, los primeros once números del Volumen XXXIV de nuestra revista. Para el número correspondiente al mes de diciembre ya tenemos el material necesario, y el mismo será publicado a su debido tiempo.

Hasta el mes de noviembre han aparecido en el Boletín 413 páginas de lectura, con un promedio de 38 páginas al mes. Han colaborado en estos primeros once números, 38 médicos asociados, 8 médicos americanos, seis de los cuales se hallan residiendo temporalmente en nuestra Isla, y tres miembros no médicos del Staff de la Escuela de Medicina Tropical. El material de lectura publicado hasta la fecha se divide como sigue:

Mes	Científico	Informativo	Editoriales	Noticias	Discursos	Miscelaneas	Total Páginas
Enero	29	4		5		2	40
Febrero	32		2	4			38
Marzo	20	11	4	3			38
Abril	30		2	4			36
Mayo	34		4	3		5	46
Junio	26	3		3			32
Julio	32		6	2			40
Agosto	18	3		4		7	32
Sept.	25	9	4	2	2		42
Oct.	26			7	3		36
Nov.	27	2		4			33
TOTAL	299	32	22	41	5	14	413

Aunque nuestro principal objetivo es levantar el standard científico de nuestra revista, no por ello nos olvidamos de la parte económica, que a fin de cuentas, es la que permite la publicación del mismo. Así pues, en este año nos hemos visto precisados a ser parcos en la publicación de artículos, procurando siempre, que los mismos queden nivelados con el número de anuncios a publicarse, ya que con motivo del período de guerra por que atravesamos, estos últimos no son muy abundantes. Por otro lado, a principios de año los impresores del Boletín demandaron un aumento de 25¢ por página en el precio de $2.00 que se había venido pagando hasta diciembre ppdo. También nos ha obligado a reducir el número de páginas, el temor de que pueda agotarse la existencia del papel usado en la impresión del Boletín.

Los once primeros números del año en curso han producido ingresos suficientes para cubrir los gastos de impresión, franqueo y otras derogaciones misceláneas.

Entre los contratos de anuncios que perdimos durante el presente año figura uno de la firma John Wyeth, cuyo embarque de anuncios nunca llegó a nuestro poder. Recientemente recibimos autorización de dicha casa para utilizar varios anuncios de los que sobraron de la orden correspondiente al 1941. La Droguería Blanco, así como la Droguería Marín, nos cancelaron sus contratos a principios de año, e igualmente nos cancelaron sus órdenes la Cole Chemical Company, de St. Louis; la firma A. C. Barnes Co., de Nueva York, y la casa Cheplin Biological Products, de Nueva York.

Durante el presente año el envío de la revista a Europa ha quedado prácticamente limitado a Inglaterra y España; pero, sin embargo, el envío a la América del Sur y a las Antillas ha sido ampliado, por las peticiones de canje que constantemente recibimos. Las revistas que recibe nuestra Biblioteca en intercambio, han seguido viniendo, aunque, como es lógico, con algún retraso.

Podríamos decir, en términos generales, que el Boletín de nuestra Asociación, ha continuado desenvolviéndose en forma más o menos normal, dentro de la actual emergencia; y sinceramente confiamos que así continúe durante el próximo año.

Al final de esta breve reseña transcribimos una relación de las casas comerciales que han aportado sus anuncios.

Para los colegas que han hecho posible la publicación de nuestro órgano oficial durante el presente año; para las firmas que con sus anuncios contribuyeron a sufragar los gastos, así como para los empleados de la Tipografía San Juan, y especialmente para Sánchez, lleven estas líneas la expresión de nuestra sincera gratitud por la valiosa ayuda prestada. Queremos asimismo, testimoniar nuestro agradecimiento a los demás compañeros de directiva por la prueba de confianza depositada en nosotros.

RELACION DE CASAS COMERCIALES QUE HAN COOPERADO CON SUS ANUNCIOS A LA PUBLICACION DEL VOLUMEN XXXIV DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Bausch & Lomb Optical Co.
Brewer & Company
Cole Chemical Company
Eli Lilly & Company
Enrique Vélez Posada
Erwin, Wasey & Company
Export Adv. Company (Numotizine)
Gotham Adv. Company (Argyrol)
John F. Wyeth
Juan A. Irazusta
Lederle Laboratories
Mead Johnson & Company
Murray Breese Associates (Ciba)
New York Polyclinic
Rodolfo Bernal
Proprietary Agencies, Inc.
The Denver Chemical
Sandoz Chemical Company

INFORME DEL DELEGADO A LA ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA EN ATLANTIC CITY JUNIO 8-12, 1942

ENRIQUE KOPPISCH, M. D.

Sres. Miembros de la
Cámara de Delegados:

Este Delegado permaneció en Atlantic City desde el día 6 de junio hasta el 12 por la noche, concurriendo, en representación de la Asociación Médica de Puerto Rico, a todas las deliberaciones de la Cámara de Delegados. No se trataron asuntos que incumbieran directamente a Puerto Rico o al ejercicio de la medicina en esta Isla.

El Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico me encargó tratar sólo dos asuntos: (a) solicitar se hiciera extensivo a los médicos en Puerto Rico el uso de las facilidades bibliotecarias de que goza la Asociación Médica Americana y (b) la concesión, con mayor frecuencia, de espacio en el semanario de esa Asociación a las noticias médicas de Puerto Rico.

Ninguna de estas solicitudes era apropiada, sobre todo por la índole de las deliberaciones en esa ocasión, para ser presentadas en otra forma que personalmente a los que intervienen en ambos asuntos. Pude ver, entre otros, al editor Fishbein.

Por el momento no se puede pensar en el envío de libros o revistas. Una vez normalizada la situación en cuanto a embarques, puede nuestra Asociación someter nuevamente el asunto, en la seguridad de que se le atenderá con los mejores deseos de cooperación. En cuanto a las noticias de carácter médico se me aseguró recibirían siempre la misma atención que las de cualquier otro estado o posesión insular, pero que por las limitaciones de espacio sólo pueden dar cabida a las de interés más general.

Por solicitud de nuestro presidente concurrí a una reunión de la Junta Directiva del "Procurement and Assignment Service". Por no haber recibido las instrucciones que se me prometieron, actué según mi propio criterio.

Se discutieron en esa oportunidad ampliamente las disposiciones más recientes de esa Junta. Al solicitar informes sobre si Puerto Rico tenía una representación de este servicio se me dijo que el problema era algo sui generis, y se me pidió aguardara para el final de la reunión. Una vez sólo con la Junta me informó su Presidente, el doctor Lahey, que a Puerto Rico se le consideraba como un problema aparte; que estaban enterados de la gran escasez de médicos en este país; que él entendía que en vista de esto no se llamaría más médicos puertorriqueños al servicio activo, y que siendo esto así, no veía la necesidad de extender el "Procurement and Assignment Service" a Puerto Rico.

Objeté que en mayo todavía estaban entrando médicos del país a las fuerzas armadas; que sabía de un anátomopatólogo con 6 años de experiencia que había sido asignado a trabajos clínicos; que en cualquier momento podía surgir la necesidad de requerir los servicios de más médicos, y que una Junta local podía ir haciendo un estudio de la profesión y sus miembros, preparándose para en el caso de que se les necesitara.

La Junta aprobó unánimemente la extensión del "Procurement and Assignment Service" a Puerto Rico.

INFORME DEL COMITE DE EDUCACION MEDICA

AÑO DE 1942

Sres. Miembros de la
Cámara de Delegados:

El Comité de Educación Médica estudió el problema de la asistencia médica pública y de la escasez de médicos en Puerto Rico, así como la manera de aumentar el número de éstos. Su informe fué rendido oportunamente y discutido en la Asamblea Extraordinaria de marzo 8 de 1942.

En mayo, uno de nosotros (R. M. Suárez), con motivo de un viaje que hizo a Estados Unidos, estudió la posibilidad de fundar una escuela de medicina en Puerto Rico, y llegó a la conclusión de que el proyecto no sería prohibitivo, desde el punto de vista económico. El Comité no ha recibido ningún informe oficial sobre esas gestiones y, de todos modos, estima que, mientras dure la guerra, sería inútil de todo punto pensar en proyectos de esta índole, por la dificultad en obtener materiales de construcción y equipo, y por el alto costo de los mismos.

Las gestiones con el Comisionado de Sanidad, encauzadas a conseguir que se permitiera a los médicos de ese Departamento, destacados en ciertas municipalidades, el ejercicio de la medicina durante parte del tiempo, quedaron suspendidas por la renuncia del doctor Garrido Morales. Se juzgó inoportuno continuarlas durante los interinatos de los doctores Berríos Berdecía y Acosta Velarde, respectivamente, y no se las reanudó después de aceptar el cargo el doctor Fernós Isern, por haberse empezado a dudar, para esa fecha, de la efectividad de la medida.

La situación se ha agudizado, en lo que a la escasez de médicos respecta, con la llamada al servicio activo, en las últimas 6 u 8 semanas, de alrededor de 40 médicos puertorriqueños. Nos parece que, si se desea evitar que esta situación siga agravándose, debían hacerse gestiones con las autoridades correspondienets, sobre todo con la "Office of Procurement and Assignment Service" en Puerto Rico, para que ésta a su vez presente este aspecto del problema al doctor Frank H. Lahey, Presidente de la Junta Nacional correspondiente. Según los archivos de nuestra Asociación hay en la actualidad 552 médicos en Puerto Rico, de los cuales 62 pertenecen al Ejército y Armada. Esto significa que hay unos 490 médicos civiles para aproximadamente 1,900,000 habitantes, o sea una razón de 1:3888. Conviene recordar que la "Directing Board of the Procurement and Assignment Service" estima que se debe cuidar de que en Estados Unidos la proporción no pase de 1:1500 en ningún estado de la Unión, aún dentro de las exigencias de la guerra.

Hasta febrero de 1942 la Junta Insular de Becas disponía de la cantidad de $25,000.00 anuales para becas, de las cuales, sin embargo, no todas se dedicaban al estudio de la medicina. Con esa suma se becó a 32 estudiantes en 1941, con sumas que fluctuaron entre $525 y $800, siendo las más de ellas de $600 a $700 al año. En febrero de 1942 la Legislatura Insular puso a la disposición de la Junta Insular de Becas la suma de $40,000.00 anuales adicionales, por 4 años. Es decir, que durante los próximos 4 años esa Junta dispondrá de un total de $65,000.00 anuales para becas a estudiantes de medicina. Ya hay 64 jóvenes estudiando en Estados Unidos, a razón de $1,000 cada uno. De éstos, 1 cursa

el 5to año en la Universidad de Méjico, 8 cursan el 4to. año en Estados Unidos, 10 el 3ro., 17 el 2do., 22 el 1ro., y 6 ingresan en el 1er. año en la primavera próxima.

Si se toma la proporción de un médico por cada 1,500 habitantes como ideal para Puerto Rico, y la población actual es de 1,900,000 aproximadamente, entonces el número de médicos que debiera tener actualmente la Isla, sería de 1,266. Como al presente hay 490 médicos civiles, se necesitarían, por lo tanto, 776 adicionales. No es fácil determinar el incremento anual de médicos que puede absorber la Isla sin menoscabo del bienestar de éstos y sin el deterioro de las buenas normas profesionales, pero podríamos, a bulto, decir que 40. Esto significa que para añadir 776 médicos, a razón de 40 por año, serían necesarios unos 19 a 20 años; cálculo que es sólo aproximado, ya que no se ha incluído en él el incremento anual de unas 25,000 almas, ni el promedio anual de muertes entre los médicos, ni a los que, estando ahora en el Ejército, se reintegrarán a la vida civil una vez pasada la guerra. El incremento anual de 25,000 corresponde a 16 médicos adicionales al año, pero como fijamos el aumento anual de médicos en no más de 40, quiere esto decir que, al llenar el cupo de 776 médicos que faltan en el país, o sea, dentro de 19 años, nos faltarían todavía 304. Es claro, por lo tanto que, si se acepta la proporción de 1:1500 como más o menos aceptable para Puerto Rico, sería necesario aumentar el número de médicos en no menos de 56 anualmente, durante un período de 20 años, y que si se quisiera acelerar el proceso necesitaríamos unos 112 médicos anualmente durante 10 años consecutivos, antes de alcanzar la proporción mencionada.

Nos parece sumamente difícil, por no decir imposible, que esto se pueda llevar a cabo sin un cambio drástico en las bases actuales de selección de los estudiantes de medicina y sin grave deterioro de las normas conocidas y aceptadas para el ejercicio de la misma, o sin un cambio fundamental en el sistema social y económico del país. No podemos creer, tampoco, que porque un país, por razones que no viene a cuento analizar en estos momentos, padezca un nivel de vida a todas luces reducido y angustioso, tenga que imponérsele un cuerpo médico de segundo o tercer orden, cuando puede tenerlo mejor.

Este comité se permite apuntar lo siguiente:

1ro. Que se hace absolutamente necesario aumentar el número de médicos a cargo de la población civil de Puerto Rico.

2do. Que ese aumento no se debe traducir en un menoscabo de las normas de práctica profesional universalmente aceptadas.

3ro. Que es inútil pensar únicamente en aumentar el número de médicos si no se toman otras medidas, como la reforma del absurdo e ineficiente sistema de la llamada beneficencia pública.

4to. Que la Asociación Médica de Puerto Rico debe pensar en la posibilidad de que muy pronto, por las urgentes exigencias del momento, sobre todo si aumenta rápidamente su número, el médico puertorriqueño pueda pasar a ser un funcionario público, con exigencia de servir donde el Estado le indique, a sueldo fijo.

5to. Que si bien la proporción de 1:3888 reza para toda la Isla, hay regiones donde la razón es de 1:15,000 o más cuando, por el contrario, en San Juan y sus barrios hay unos 200 médicos para alrededor de 160,000 habitantes, o sea 1:800 solamente.

En conclusión el Comité recomienda tomar las medidas siguientes:

(a) Conseguir una mejor distribución de los médicos, estimulando el traslado de algunos de los que ahora ejercen en las poblaciones mayores a los municipios meno-

res, si necesario con la ayuda de subsidios del Gobierno, como se venía haciendo en Australia, por ejemplo, antes de la guerra.

(b) Promover una reforma drástica del sistema de beneficencia pública, centralizando estos servicios, haciendo los mismos más atractivos desde el punto de vista económico y el profesional, reformando los hospitales y dispensarios municipales y transfiriendo el servicio en su totalidad de lo municipal a lo insular.

(c) Plantear nuevamente el problema de la escasez de médicos ante la "Directing Board of the Procurement and Assignment Service", al través de su oficina local.

Respetuosamente,

Dr. Enrique Koppisch, Presidente
Dr. P. Morales Otero
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. J. Noya Benítez
Dr. R. López Nussa
Dr. William R. Gelpí

INFORME DEL COMITE DE MEDICINA FORENSE

AÑO DE 1942

Sres. Miembros de la
Cámara de Delegados:

En sus gestiones, el Comité de Medicina Forense usó como punto de partida la falta, en Puerto Rico, de un sistema adecuado para la investigación científica y sistemática de toda muerte criminal o sospechosa de tal.

Los defectos principales del sistema en uso son los siguientes, en la opinión de este Comité:

1ro. No existe reglamentación alguna en cuanto a los casos que debían ser investigados y, si necesario, sometidos a la autopsia.

2do. Toda la responsabilidad por la investigación y autopsia descansa en los jueces y fiscales.

3ro. Falta un cuerpo de médicos forenses debidamente adiestrados en esa especialidad y debidamente organizados.

4to. Falta un laboratorio central donde se coordinen los resultados de los diversos análisis, exámenes e investigaciones de carácter médico-legal.

5to. Falta un centro o instituto donde, amén de lo ya expresado, se pueda estudiar la criminalidad y el suicidio en Puerto Rico, e instruir médicos, abogados, etc., en la medicina forense.

En la primer reunión del Comité, que tuvo lugar el día 16 de febrero de 1942, el Presidente del mismo dió cuenta de las diversas gestiones que ha llevado a cabo en los últimos 12 años, tendientes a conseguir una reorganización del sistema médico-forense en uso en esta Isla. Ya desde 1930, siendo Procurador el Sr. Beverley, la Escuela de Medicina Tropical había ofrecido al Gobierno sus laboratorios de Anatomía Patológica y los Servicios del Jefe de esos laboratorios como supervisor, sin sueldo, de las autopsias médico-legales, hasta que se pudiera contar con un personal adiestrado. Se llegó a contratar un médico y a adiestrarle durante un año, pero la Legislatura Insular no aprobó la legislación presentada al través del Sr. Beverley. En los años de 1940 y 1942 se presentó en la Legislatura un proyecto prèparado por el Presidente de este Comité, creando un sistema médico-forense basado en las prácticas europeas y norteamericanas, pero el mismo, aunque aprobado en 1942 por ambas Cámaras, no fué firmado por el Gobernador.

El Comité estudió en esa reunión el proyecto de su Presidente, aprobándole en su totalidad, con algunas modificaciones, y creyó podría utilizársele como base para cualquier reorganización del sistema en uso en este país. El propio autor del proyecto opinó que el mismo era quizá demasiado completo para el comienzo, pero el sentir del Comité fué que se podría reorganizar el sistema empezando por el Distrito de San Juan, haciéndolo luego extensivo, gradualmente, al resto de la Isla, a medida que se probara su eficacia y se fueran consiguiendo el personal y fondos necesarios.

Poco después de esta reunión empezaron a sentirse de lleno en Puerto Rico los efectos de la guerra, con la consiguiente escasez de médicos y materiales y con un fuerte trastorno económico que haría francamente imposible el llevar a cabo reformas fundamentales por el momento, tales como el establecimiento de un instituto médico-legal.

Independientemente del Comité, pero partiendo del estudio que éste había hecho

del problema, el Doctor Manuel de la Pila, en su carácter de Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, hizo diligencias encaminadas a obtener la aprobación, por la Legislatura Insular, de un proyecto exactamente igual al aprobado por este Comité, pero que tendía a reorganizar el sistema paulatinamente, al través de un Departamento de Medicina Legal adscrito a la Escuela de Medicina Tropical, bajo una persona de reconocida competencia nombrada por la Junta Especial de Síndicos de esa Institución, y recabó del Director de la misma que ésta cediera el local necesario a fin de instituir un servicio médico-forense para la ciudad de San Juan, en el caso de que se pudiera interesar a las autoridades correspondientes. Todas estas gestiones no llevaron a resultado práctico alguno.

Pensando en la grave situación porque atraviesa el país, y la cual probablemente dure lo que la guerra, y seguramente se prolongue algo más, el Comité cree firmemente que no se puede pensar en amplias reformas del sistema médico-legal imperante por las siguientes razones:

1ra. La dificultad, por parte de nuestro Gobierno, de añadir gastos importantes a los que ya pesan sobre él.

2da. La imposibilidad de adquirir materiales de construcción y equipos científicos para un verdadero instituto médico-forense con sede propia.

3ra. La impracticabilidad de restar médicos a las necesidades esenciales de la población.

A pesar de esto el Comité estima que la Asociación Médica de Puerto Rico debe impulsar el comienzo, por lo menos, de una reforma que es a todas luces necesaria, y recomienda lo siguiente:

1ro. Que se abandone por el momento, por impracticable, el propósito de reformar, de un golpe, el sistema médico-forense en uso en toda la Isla.

2do. Que se trate de reformar el sistema actual comenzando por la ciudad de San Juan, que es la mayor, y el centro principal, por lo tanto, de la criminalidad en este país.

3ro. Que esto se lleve a cabo según la reglamentación de carácter fundamental que aparece en el anteproyecto adoptado por este Comité y aprobada por la Legislatura Insular en marzo de 1942 (P. de la C. 317).

Por los motivos ya apuntados el Comité de Medicina Forense dejó en suspenso las gestiones iniciadas a principios de este año, y ahora hace un resumen de sus actividades y recomendaciones en este informe, remitiendo copia del anteproyecto que adoptó.

Respetuosamente,

Dr. Enrique Koppisch
Dr. Luis M. Morales
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. Félix M. Reyes
Dr. Mario C. Fernández
Dr. José N. Gándara

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Enero, 1943. Núm. 1

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes:

Directiva

El día 9 de enero celebró su primera reunión del año la Directiva de nuestra Asociación, estando presentes los siguientes compañeros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Manuel A. Astor

También asistieron a esta reunión los doctores Manuel Quevedo Báez y Ramón M. Suárez.

En primer término el Dr. Pila informó del propósito que existe en determinado sector de someter a la consideración de la Asociación la posibilidad de crear un plan de servicios médicos que complemente el de servicio de hospitalización (Blue Cross Plan). Manifestó el Dr. Pila que en conexión con esto se propone solicitar personalmente la opinión de cada uno de los miembros de la Asociación, antes de someter el mismo a una asamblea, así como también recopilar datos en cuanto a las condiciones económicas de la población de Puerto Rico.

Luego se trajo a consideración el plan de cuotas voluntarias mediante las certificaciones médicas con la idea de robustecer el fondo del Auxilio Médico Mutuo, y después de una breve discusión, la directiva acordó autorizar la preparación de los correspondientes impresos, una vez que la Junta de Auxilio Médico Mutuo apruebe oficialmente dicho plan.

No habiendo quorum del Comité Científico no fué posible celebrar una reunión oficial del mismo; sin embargo, extraoficialmente se trataron varios asuntos, y el Sr. Presidente trajo ante la consideración de los miembros presentes, la necesidad de que el Comité proceda a redactar inmediatamente el reglamento que habrá de regir la concesión del premio al mejor trabajo de medicina que se realice en nuestra isla.

Fueron tratados luego varios asuntos de rutina, aprobándose las solicitudes de ingreso de los compañeros abajo indicados y quedando sobre la mesa otras solicitudes para ser resueltas definitivamente en una próxima reunión:

Dr. Donald F. Gowe, Ponce
Dr. F. Alonso Caiñas, Utuado
Dr. Bernardo Zaragoza, Santurce
Dr. I. Rivera Lugo, Arecibo
Dr. Herminio D. García, Hatillo
Dr. E. Rodríguez Pérez, Vega Baja

Sección de Neuropsiquiatría

En la noche del día 7 de los cursantes quedó organizada oficialmente la Sección de Neuropsiquiatría de la Asociación Mé-

dica de Puerto Rico; siendo electa la siguiente directiva:

Presidente: Dr. Luis Manuel Morales
Secretario-Tesorero: Dr. José R. Maymí

Entre los acuerdos aprobados en esta primera reunión de la Sección, está el que uno de sus miembros presente un trabajo sobre la especialidad en cada una de las asambleas de distrito que se celebren durante el año en curso.

Junta de Auxilio Médico Mutuo

El día 16 del mes en curso reuniéronse en el edificio de la Asociación, en unión del Dr. Manuel de la Pila, los miembros de la Junta de Auxilio Médico Mutuo que a continuación se expresan:

Dr. Manuel Quevedo Báez
Dr. Jorge del Toro
Dr. Rafael Bernabe
Dr. M. Pavía Fernández

En esta reunión se consideró y aprobó el plan de certificaciones sugerido por el Dr. Pila como medida para reforzar el fondo que se logre levantar por concepto de cuotas.

Asociación Médica del Distrito de San Juan

El día 29 del cursante, a las 8:00 de la noche, y bajo la presidencia del Dr. J. Noya Benítez, se celebró en el edificio de nuestra Asociación, la asamblea anual de la Sociedad Médica del Distrito de San Juan, habiendo regido el siguiente programa:

1—"Choice of Anesthesia in Surgery of the Biliary Tract", por el Col. C. S. Williamson.

2—Elección de la Directiva y delegados a la Cámara para el año 1943.

En nuestra próxima edición daremos la relación de los compañeros electos.

Comités Permanentes de la Asociación:

De conformidad con el acuerdo adoptado por la Cámara de Delegados en su última reunión, el número de comités permanentes de nuestra Asociación ha quedado fijado en diez.

Damos a continuación una relación de los compañeros que integrarán dichos comités durante el año en curso, excepción hecha del Comité Auxiliar de Damas, cuyos miembros daremos a conocer en la próxima edición del Boletín:

Comité Científico

Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Pablo Morales Otero
Dr. A. Fernós Isern
Dr. Julio A. Santos
Dr. I. González Martínez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. E. Martínez Rivera

Junta Editora del Boletín

Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. E. García Cabrera

Comité de Legislación

Dr. Francisco M. Susoni
Dr. Julio A. Santos
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Blas C. Herrero
Dr. E. Fernández García
Dr. R. Arrillaga Torrens
Dr. J. García de Quevedo

Comité de Salud Pública y Beneficencia

Dr. A. Fernós Isern
Dr. Juan J. Nogueras
Dr. Rafael A. Vilar
Dr. José N. Gándara
Dr. J. Garrido Collazo
Dr. William R. Gelpí
Dr. Néstor de Cardona

Comité de Propaganda

Dr. Agustín R. Laugier
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. Laureano Trelles
Dr. J. Forastieri
Dr. R. H. Señeriz
Dr. Domingo Nochera
Dr. Jeramfel Cordero

Comité de Biblioteca

Dr. Rafael Timothée
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. A. Navas Torres
Dra. Blanca H. Trelles
Dr. Walter Glines
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera

Comité de Educación

Dr. Enrique Koppisch
Dr. O. Costa Mandry
Dr. Jorge del Toro
Dr. David E. García
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. Juan A. Pons

Comité de Medicina Forense

Dr. Enrique Koppisch
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. José N. Gándara
Dr. José Noya Benítez
Dr. José C. Ferrer
Dr. J. Ramos Lebrón
Dr. José S. Belaval

Comité del Cáncer

Dr. I. González Martínez
Dr. A. López Nussa
Dr. G .Ruiz Cestero
Dr. José Landrón
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Roberto Francisco
Dr. Pedro Malaret

Auxilio Médico Mutuo:

Continúa aumentando rápidamente el número de miembros de la Asociación que se ha acogido ya al Plan de Auxilio Médico Mutuo.

Con el propósito de ayudar al fondo del Auxilio, y con miras a aumentar en un futuro cercano el importe del auxilio y posiblemente, a rebajar la couta, nuestro presidente sometió a la consideración de la Directiva y de la Junta del Auxilio, un plan de cooperación voluntaria, a ser prestada por el público que solicite certificaciones de los médicos, plan que fué aprobado por ambos organismos, y que será puesto en vigor tan pronto estén listos los impresos para las certificaciones.

Volvemos a recordar a los compañeros asociados que para poder disfrutar del privilegio del auxilio es requisito estar al día en el pago de sus cuotas como miembro de la Asociación, y ningún médico podrá

pertenecer a ésta sin acogerse a su vez al Plan de Auxilio.

En el momento de redactar esta nota hay 209 compañeros acogidos al plan. A la lista de 132 publicada en nuestra edición anterior deseamos agregar los nombres de los siguientes compañeros:

Dr. Francisco J. Mejías
Dr. Federico Ellis
Dr. R. Fernández Marina
Dr. Antonio Villeneuve
Dr. Jorge Bird
Dr. Domingo Nochera
Dra. María T. Mora
Dr. Arturo Cadilla
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dr. Juan Lastra Chárriez
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Jenaro Barreras
Dr. Calixto Rodríguez
Dr. Luis A. Yordán
Dr. Jorge García Bird
Dr. Francisco Bonelli
Dr. M. Morales Muñoz
Dr. Narciso Moreno
Dr. O. Costa Mandry
Dr. A. Otero López
Dr. M. Garrido Morales
Dr. J. F. González
Dr. Pedro Orpi
Dr. F. Hernández Morales
Dr. J. R. González Flores
Dr. Américo Serra
Dr. Rafael U. Lange
Dr. Julio Palmieri
Dra. Elvira Rodríguez
Dr. José Garrido Collazo
Dr. Augusto Perea
Dr. Philip M. Reilly
Dr. Levis C. Babcock
Dr. Miguel A. Mariani
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Enrique Lassise Rivera
Dr. M. Roses Artau
Dr. Justo Luis Muñoz
Dr. E. Romeu Ortiz
Dr. Norberto A. Quiñones
Dr. Andrés S. Meléndez
Dr. Pablo M. Bonelli
Dr. Mario C. Fernández
Dr. A. Pérez Toledo
Dr. José R. Maymí
Dr. M. Riera López
Dr. Pedro J. Palou
Dr. Ceferino A. Méndez
Dr. José E. Igartúa
Dr. Luis A. Sanjurjo
Dr. W. C. Dunscombe
Dr. A. L. Bou
Dr. E. Fernández García
Dr. José Noya Benítez
Dr. M. Pavía Fernández
Dr. Leandro Santos
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Hernán G. Chico
Dr. J. Serra Chavarry
Dr. Francisco J. Casalduc
Dr. William R. Gelpí
Dr. J. L. Montalvo Guenard
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. Julio Cintrón Motta
Dr. Guillermo Picó
Dr. Bernardo Zaragoza
Dr. Urbano Ramírez
Dr. Héctor Bladuell
Dr. Jorge F. Franceschi
Dr. F. A. Rodríguez Forteza
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. A. V. Bou
Dr. Miguel Zapata
Dr. Ernesto Quintero
Dr. José Chaves Estrada

Ilustre Visitante:

Desde el lunes 25 del mes en curso hállase entre nosotros, como invitado de honor de la Escuela de Medicina Tropical,

la Universidad de Puerto Rico y la Asociación Médica de Puerto Rico, el distinguido compañero Dr. Gustavo Pittaluga, médico que goza de gran prestigio universal por sus valiosos trabajos de investigación en el campo de la hematología.

Durante su estadía en Puerto Rico, el Dr. Pittaluga habrá de dictar varias conferencias en la Universidad, en la Escuela de Medicina Tropical y en nuestra Asociación.

Muy gratas impresiones durante su permanencia entre nosotros deseamos a este ilustre galeno que nos visita.

Dr. Pablo G. Curbelo:

Con el propósito de realizar estudios avanzados en su especialidad, partió el domingo 24 de los cursantes hacia los Estados Unidos, el querido amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Mucho éxito en sus estudios y un viaje feliz deseamos al estimado colega.

CONTRIBUYA AL TRIUNFO DE LAS NACIONES UNIDAS

En la campaña Pro Venta de Bonos de la Victoria llevada a efecto durante la última asamblea anual de nuestra Asociación se vendió un total de $62,725 entre las personas que más adelante se expresan:

Dr. Jorge del Toro
Dr. Amalio Roldán
Dr. Ramón Suárez
Casa del Médico, Ponce
Dr. William R. Gelpí
Dr. Lorenzo A. Balasquide
Dr. Jaime Acosta Velarde
Dr. José S. Belaval
Dr. Manuel A. Astor
Dr. A. Oliveras Guerra
Sr. Enrique Vélez Posada
Dr. Ezequiel Martínez Rivera
Dr. Juan A. Pons
Mrs. Gladys Janer de Pons
Dra. Ana Janer
Dr. Federico Hernández Morales
Dr. Julio E. Colón
Dr. A. R. Laugier
Dr. V. Font Suárez
Dr. Carlos A. Quilinchini
Dr. Agustín Pietri
Dr. N. A. Quiñones
Dr. José A. Lanauze Rolón
Sr. Jesús A. Sánchez (Asociación)
Dr. Hilario Caso
Dr. Juan Homedes
Dr. Manuel Soto Rivera
Dr. Manuel Janer
Dr. José Chaves-Estrada
Dr. Arsenio Vallecillo
Dr. Juan J. Nogueras
Alumni Ass'n. of the Medical College of Virginia
Dr. Luis Manuel Morales
Srta. Elvira Ferrer
Dr. Pedro Ramos Casella
Dr. Arquelio Ramírez Mariani
Dr. Manuel García de Quevedo
Dr. Antonio Navas Torres
Dr. Manuel Rodríguez Ema
Dr. Antonio Ortíz
Sr. Lister Belaval
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Oscar Costa Mandry
Dr. Juan Veve
Dr. Basilio Dávila
Dr. Esteban García Cabrera
Dr. I. González Martínez
Dr. B. Watson
Dr. Luis L. Biamón
Dr. Jenaro Barreras
Dr. Nicolás M. Cartagena

Dr. Leoncio T. Davis
Dr. Gregorio Igartúa
Dr. José T. Picó
Dr. Eduardo Montilla
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. F. R. de Jesús

Usted, también puede contribuir al Triunfo de las Democracias, a la vez que se protege para el futuro, invirtiendo sus economías en Bonos de la Victoria.

Si lo desea, puede obtener los bonos por conducto de nuestra Asociación. Envíenos su cheque y gustosamente tramitaremos su compra de bonos en el banco.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.



EL ARTE DE HACER LAS COSAS BIEN

En la organización Lilly hay un departamento en el que no hay nadie que sepa mucho de drogas, donde no hay máquinas para hacer píldoras o tabletas, ni puede hallarse en él un solo aparato químico. Referímonos a la imprenta para los marbetes Lilly, la literatura Lilly, y la tarea más grande de todas—el *Boletín Médico Científico*. En esta tipografía se prepara la información redactada por el cuerpo científico para distribuírse en las Américas y en puntos tan lejanos como la Unión Sudafricana—información exclusivamente para hombres médicos y para las profesiones afines.

PRODUCTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION
PARA LAS RECETAS MEDICAS

Eli Lilly and Company

OFICINAS Y LABORATORIOS PRINCIPALES, INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

and
Tropical Medicine
HARVARD
MEDICAL SCHOOL

AÑO XXXV FEBRERO, 1943. NUMERO 2.

JUL 14 1944

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



(1) One of many 3000-gallon converters in which Dextri-Maltose is processed. Interior being thoroughly cleansed by hand prior to steam sterilization.

(2) Exterior views of huge converters. Steaming under 20 pounds' pressure assures sterility of the interiors in which Dextri-Maltose is processed.



DEXTRI-MALTOSE Equipment Sterilized By Live Steam Pressure

PHYSICIANS frequently express surprise that the cleansing and steaming of equipment for manufacture of Dextri-Maltose produces sterility comparable to that in hospitals.

All equipment used for Dextri-Maltose is of the enclosed type and all parts which come in contact with the product are readily accessible for cleaning—smooth surfaces, rounded corners, detachable piping in short lengths.

Huge autoclaves in the Mead Johnson factory steam-sterilize the smaller equipment, and live steam is forced under pressure into storage and processing tanks.

This is but one phase of many precautions taken to make Dextri-Maltose *a carbohydrate safe for infants*. Unremitting care in laboratory and factory has resulted in a product which over a 4-year period has had an average bacterial count well under 100 per gram! Every step in the process of making Dextri-Maltose is under the watchful eyes of competent bacteriologists.

"The Measure of Economy Is Value, Not Price"

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Ind., U.S.A.

Please enclose professional card when requesting samples of Mead Johnson products to cooperate in preventing their reaching unauthorized persons

P. O. BOX 3081, — SAN JUAN, P. R.

Tropical Medicine
HARVARD
MEDICAL SCHOOL

SUMARIO

Página

Neuralgias Post Traumáticas — Complicación Seria en Casos de Sección de Tendones, A. Oliveras Guerra, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — 47

The Thyroid Problem, J. Noya Benítez, M. D., Santurce, P. R. 52

Dyschondroplasia or Multiple Cartilaginous Exostoses, F. Asencio Camacho, M. D., Bayamón, P. R. — — — — — — — — 55

Hipócrates, Excelso Deontologista, Manuel de la Pila, M. D., Ponce, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — — — 60

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — — 83

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen preoperatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

CIRUGIA PLASTICA REPARADORA

Este curso incluye diagnóstico y determinación del tratamiento; preparación pre-operatoria; anestesia; técnica operatoria; vendajes; cuidados post-operatorios; referencia especial de la utilización de piel y otros tejidos en la corrección de desfiguros y restitución de pérdidas de tejidos congénitas o adquiridas. Operacioens en el cadáver. Atención particular conferida a las conferencias, estudios y demostraciones de los avances de la anatomía quirúrgica, patología, etc., desde el punto de vista del problema de c. plástica.

Cursos completos y Clínica

de las enfermedades de:

OJOS-OIDOS
NARIZ
GARGANTA

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, pireto-terapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY



Santander . . . "Organizador de la Victoria"

FAMOSO entre los habitantes de Nueva Granada por su habilidad en organizar y adiestrar el ejército de patriotas que ganó la Batalla de Boyacá, Santander comparte con el gran Bolívar la gloria de libertar a su patria. El genio organizador de Santander y su abnegada devoción a los ideales democráticos, ejerció poderosa influencia en los primeros años de la República de Colombia.

Hoy día las Naciones Unidas, como los patriotas de ayer, están luchando por la libertad del mundo. De importancia primordial para la construcción de sus armamentos, son los instrumentos ópticos que produce la Bausch & Lomb. Por eso es que los hombres de ciencia, educadores e industriales latino-americanos están pasando sin los instrumentos de alta calidad de Bausch & Lomb que necesitan ordinariamente. El microscopio pedido hace meses para un laboratorio latinoamericano puede ser que se encuentre navegando hoy día en un buque-hospital en el Pacífico. Con benevolente comprensión tradicional, nuestros clientes latinoamericanos están sobrellevando las inevitables demoras de sus pedidos.

Todavía, sin embargo, podemos atender pedidos de lentes Bausch & Lomb de reconocida precisión excepcional, para anteojos.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

COMPRE BONOS

DE LA

GUERRA

SUSCRIBASE

AL

AUXILIO MEDICO MUTUO

Aumenta la tuberculosis en tiempo de guerra – ¡ES NECESARIA LA VIGILANCIA!

PRUEBA TUBERCULINICA EN PARCHE
(Vollmer)

Lederle

La tuberculosis al parecer va creciendo en las naciones beligerantes del segundo conflicto mundial. Los datos fragmentarios ahora obtenibles indican que las muertes por tuberculosis han ido aumentando en Inglaterra, Gales y Escocia.[1] En Hong Kong murieron 5,751 tuberculosos en 1940, mientras que en el año anterior esta cifra solamente alcanzó 4,443.[2] En los Estados Unidos de Norte América la curva descendente de la enfermedad es más lenta, hecho que, según la Asociación Antituberculosa Nacional, es advertencia de que esta enfermedad muy pronto aumentará de modo inusitado.

El "Ensayo Tuberculínico en Parche (Vollmer) *Lederle*" ha demostrado ser instrumento ventajoso y confiable en las grandes campañas selectivas contra la tuberculosis.[3,4]: (a) es fácil de aplicar y rápido, prestándose para los grupos grandes, (b) sus resultados son satisfactorios y acertados, (c) las reacciones son de poca importancia y (d) la aceptación general de este ensayo por el público lo ha hecho un favorito "primer paso" en las campañas antituberculosas selectivas.

Las campañas antituberculosas en gran escala son más urgentes que nunca—¡mantengamos siempre nuestra vigilancia!

1 Long, E. R.: Am. Rev. Tuberc.; 45 : 616 (junio) 1942.
2 Editorial, M. Rec., 154 : 440 (17 de dic.) 1941.
3 Cohen, P. (Depto. de Salubridad del Condado de Santa Barbara, Santa Barbara, Edo. de California): Calif. & West. Med., 56 : 70 (febrero) 1942.
4 Narodick, P. H. (Superintendente y Director Médico del Hospital Tuberculoso del Condado de King, Seattle, Edo. de Washington): Northwest Med., 41 : 193 (junio) 1942.



En envases de 1, 10 y 100 ensayos

Lederle Laboratories Co., 76 Calle Salvador Brau, San Juan

TOPICAL ANESTHESIA
of
EYE • NOSE • THROAT
Adequately deep and prolonged



• The depth of anesthesia induced by Pontocaine hydrochloride is one of the most striking features of this anesthetic agent. In many cases the effect is sufficiently intense after topical application alone to permit the performance of various surgical procedures. The duration of the anesthesia, which may be further prolonged by the addition of Suprarenin,* has also proved satisfactory. Even when applied to delicate mucous membranes, as in the eye, Pontocaine hydrochloride is usually well tolerated.

Pontocaine hydrochloride is effective in relatively low concentrations. Solutions ranging from 0.5 per cent to 2 per cent are generally employed, depending upon the required degree of anesthesia. As no material effect is produced on the blood vessels of the mucous membranes, any desired degree of vasoconstriction can be easily obtained by the addition of Suprarenin (1:1000).

HOW SUPPLIED: *For surface anesthesia in ophthalmology,* Pontocaine hydrochloride 0.5 per cent solution in bottles of ½ oz. and 2 oz. Chlorobutanol (0.4 per cent) is added to maintain sterility.

For surface anesthesia in rhinolaryngology, Pontocaine hydrochloride 2 per cent solution in bottles of 1 oz. and 4 oz. Chlorobutanol (0.4 per cent) is added to maintain sterility. This solution is colored with methylene blue to prevent its accidental use for injection.

For surface anesthesia in ophthalmology and rhinolaryngology, tablets of 0.1 Gm., tubes of 15 and bottles of 100. (Tablets to be dissolved in boiling water.)

*Suprarenin (synthetic epinephrine, Winthrop)

PONTOCAINE
Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada
Brand of TETRACAINE
(Para-butyl-aminobenzoyl-dimethyl-amino-ethanol)
HYDROCHLORIDE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.
Pharmaceuticals of merit for the physician
77 ALLEN ST. — SAN JUAN, P. R.

WINTHROP

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA
AÑO XXXV FEBRERO, 1943. Número 2

NEURALGIAS POST TRAUMATICAS*

Complicacion Seria en Casos de Seccion de Tendones

A. OLIVERAS GUERRA, M. D.
Santurce, P. R.

Hace algún tiempo escribimos unas notas sobre el más común de los accidentes del trabajo en nuestro país. Nos referimos a la clásica lesión del corte de cañas, la sección de los tendones extensores de la mano. Entonces nos limitábamos a la clasificación de la misma, a insistir en la sutura inmediata y al cuidado post-operatorio.[1]

Mencionamos las siguientes complicaciones:

Infección, la más seria y la que con mayor frecuencia es causa de resultados poco satisfactorios; adherencias de los tendones a la piel y vainas tendinosas; y separación de los cabos después de suturados.

Podría también clasificarse como una complicación seria el que pase desapercibida la sección de algún tendón. Esto ocurre especialmente donde más de un tendón suple una estructura para la misma o parecida función, como en los dedos pulgar, índice y meñique; los extensores radiales y cubital. Como la estructura anatómica, (el dedo o la muñeca) no pierde toda la función, al seccionarse uno de los tendones, podríamos dejar de suturar ese tendón. Debemos pues, inspeccionar bien la herida original y determinar con certeza si allí donde existe más de un tendón con funciones similares, uno o los dos han sido afectados.

Interesados como hemos seguido en esta lesión, hemos tratado de buscar una explicación lógica al pobre resultado final que se observa muchas veces en una simple sutura de tendones, que no estuvo acompañada de infección ni de otra lesión seria, como fractura o sección apreciable de un nervio.

¿Qué es lo que ocasiona el dolor intenso, los cambios tróficos, la fijación de las articulaciones y la gran incapacidad que sigue?

He aquí lo que sucede:

A-C., Cortador de cañas, de 24 años, de constitución fuerte, se ocasiona una pequeña herida (¾ de pulgada) de machete sobre el dorso del tercio distal del metacarpiano del índice izquierdo, seccionándose una pequeña vena y los dos tendones extensores.

Fué fácil suturar los tendones de la herida, sin ampliarla. Se inmovilizó la mano en hiper-extensión por 12 días; no hubo infección. El enfermo se quejó de fuerte dolor en toda la mano desde la primera noche después del accidente y, cuando se le removían las vendas cada 3 días, protestaba de que se le tocase o tratase de dar movimiento a los dedos vecinos al lesionado. Una vez se le dejó libre la mano y pro-

* Leído durante la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 13, 1942.



Herida pequeña sobre la articulación media del índice izquierdo, laceración del tendón extensor fusionado; cambios tróficos de la piel y uñas.



Mano afectada comparada con la buena.

testó constantemente de un dolor muy intenso en la yema de todos los dedos menos el pulgar, dolor que se acentuaba más al rozar las yemas con algo o al bajar la mano y que se aliviaba al aplicarle humedad.

La mano estaba al principio edematosa hasta la muñeca. El edema cedió y ya a los 28 días no se apreciaba; sin embargo, comenzaron a aparecer cambios tróficos. La piel de los dedos perdió sus arrugas y desde la articulación próxima hasta las yemas se volvió apergaminada y lustrosa. Los dedos se volvieron más finos que los de la otra mano; las uñas adquirieron estrías y se encurvaron algo hacia abajo y las articulaciones quedaron fijas siendo difícil la

extensión y flexión voluntaria de todas las articulaciones de los dedos y de la muñeca, fenómeno éste más pronunciado en la flexión. La sutura de los tendones seccionados tuvo buen éxito.

Intentar dar movimientos a las articulaciones causaba dolores intensos y el lesionado no toleraba que se le sometiera a manipulaciones. Aplicaciones de luz, de calor, masajes, inmersiones en agua tibia, no fueron de provecho alguno.

Estudio radiográfico de la mano demostró una osteoporosis marcada.

Tres meses después de la sutura de los tendones, el lesionado fué dado de alta y los médicos que juzgaron su incapacidad la estimaron en la pérdida de 90% de las funciones de la mano.

Los dolores agudos espontáneos habían mejorado grandemente, pero el roce y manipulaciones los producían aún. La extensión de los dedos estaba muy limitada así como la extensión de la muñeca, pero más todavía lo estaba la flexión de todas las articulaciones de la mano y muñeca. Los cambios de la piel se observaban aún como los hemos descrito. La yema de los dedos tenían un tinte azuloso y la menor manipulación cuasaba sudoración profusa y temblor de la mano. La mano afectada se podía apreciar más fría que la otra.

Desde luego que el número de casos en que se observan todos estos fenómenos, no es muy alto, pero hemos observado con una frecuencia grande, muchos de los cambios a que nos referimos, con más o menos intensidad. Siempre habrá dolor fuera de proporción a la herida; siempre habrá fijación de las articulaciones en grado y duración variable; se observa algún cambio en la piel, en las uñas y hasta en la estructura ósea que no guardan relación en su intensidad con la aparentemente leve herida que los motiva.

Estos fenómenos se observan también al sufrirse sección de tendones múltiples pero el hecho de aparecer en casos de heridas simples nos demuestra que el tamaño de la herida nada tiene que ver con la seriedad de la lesión.

He aquí otros tres casos parecidos:

P.L.R., jornalero, de 24 años, sufrió sección de los extensores del pulgar izquierdo que fueron suturados con buen éxito en cuanto a unión. Dos meses más tarde sufría de dolores, como quemaduras, que se extendían hasta medio antebrazo y se podía observar gran rigidez de los dedos; piel lustrosa y apergaminada; edema de la mano. Se le concedió una incapacidad de pérdida de 50% de las funciones de la mano izquierda.

J.O.R., jornalero de 23 años, sufrió sección de los tendones extensores de los dedos medio y anular; se suturaron con buen resultado en cuanto a unión. Tres meses más tarde presentaba adelgazamiento marcado de todos los dedos; el anular y medio se mantenían en hiperextensión; la piel estaba apergaminada y desprovista de vellos; las uñas mostraban cambios tróficos; los movimientos de los dedos estaban muy limitados; había sufrido de intensos dolores en la mano y antebrazo que habían mejorado pero que eran provocados de nuevo por cualquier manipulación; ésta producía además temblor y sudoración en la mano.

F.S.R., sufrió una herida de ¼ de pulgada en el dorso de la articulación media del índice izquierdo, con la punta de una caña cortada, lacerándose la piel y el tendón extensor fusionado.

A los ocho días empezó a sentir dolor en el dedo índice que se extendió gradualmente a todas las articulaciones de la mano hasta la muñeca, y que aumentó cuando le removieron el yeso con que le habían inmovilizado la mano. Al principio el dolor era como punzadas en el dedo, luego

dolor contínuo en toda la mano, acompañado de calor local; la mano parecía que se le quemaba. Perdió el apetito y sentía dolor en el pecho y en el epigastrio. El roce de las ropas de cama le provocaba dolor; éste se acentuaba de manera muy fuerte si se le tocaba la mano o se trataba de darle movimientos; entonces el dolor ascendía por el brazo hasta el pecho y le parecía que se asfixiaba.

Estos dolores han durado 6 meses; ahora solo los siente si se le manipulan las articulaciones tratando de darles movimiento.

Presenta hoy los dedos en extensión extrema, con fijación de todas las articulaciones incluyendo la muñeca; el pulgar está en adducción y todos los demás dedos apretados unos contra los otros. Hay atrofia marcada de los dedos, la mano y antebrazo. La piel de los dedos está arrugada y seca, las uñas encurvadas y con estrías. La mano izquierda la siente más fría que la derecha y parece estar adormecida. La incapacidad de esta mano hoy se puede estimar en la pérdida de 90% de sus funciones.

El lesionado ha adquirido la costumbre de llevar su mano enferma en una posición casi característica de estos casos, en flexión en el codo y posándola sobre el tórax, con la mano y dedos en extensión, la palma tocando el tórax. A esta actitud beatífica la llama muy propiamente el Dr. Espinosa, mano de Santo. La lleva así el enfermo para protegerla de contacto violento con un objeto o del roce inadvertido con algo, ya que ambos provocan agudos dolores. El cuidado con que se protegen su extremidad enferma estas personas y la actitud de temor y angustia que reflejan en su cara han hecho creer a algunos que son grandes exageradores o simuladores.

No sabemos los motivos que ocasionan estos cambios, pero nos ha chocado la similitud que existe entre ellos y otras lesiones traumáticas con dolores locales y difusos y cambios tróficos.

Estas lesiones son la causalgia y las neuralgias difusas post traumáticas; sobre todo estas últimas. De las primeras tienen el dolor intenso como quemadura, que se alivia a veces con la humedad; de las otras, su carácter difuso.

Lewis J. Pollock y Loyal Davis[2] al hablar sobre causalgia se refieren a las clásicas descripciones de Denmark, Hamilton, Wier Mitchell, Morehouse y Keen agregando que nada nuevo puede decirse que ellos no lo hubiesen observado ya; y, afirman, entre otras cosas, que sólo se clasifican como causalgias aquellos casos en que se observe quemazón severa mientras que otros en que sólo hubo moderado o leve dolor parecido a una quemadura, no son estimados como tal a pesar de que son causados por condiciones idénticas. Estiman estos autores que la causalgia es debida a una lesión en un nervio y cuando ocurre en las extremidades superiores la lesión será, con más frecuencia en el nervio mediano, ocasionalmente en el cubital, sobre todo conjuntamente con el mediano y, aunque rara vez, en el radial.

Estas observaciones fueron hechas cuando las lesiones ocurrieron en los troncos nerviosos. En nuestros casos, ningún tronco principal de estos nervios fué afectado; el corte fué en las ramas terminales, en el dorso de la muñeca, de la mano y dedos, precisamente de los mismos nervios. De modo tal parece que por su origen, nuestros casos pueden ser clasificados como de causalgia. Pero si sólo se permite llamar causalgia a un caso que se ajuste estrictamente a la descripción original de los primeros autores que descubrieron y describieron esta entidad clínica, tenemos que aceptar que nada más que alguno que otro caso de los nuestros podría llamarse de causalgia y,

entre éstos están los cuatro nombrados en este estudio.

René Leriche,[3] por otro lado, hace una distinción entre los casos de causalgia y casos de neuralgia post-traumática. En ambos, cree él, que la causa está en un desequilibrio de la inervación simpática de los vasos sanguíneos que se origina, sin embargo, de distinta manera. Los casos de causalgia, afirma, son debido a oclusión parcial o total de un vaso y su curación estriba en la extirpación de la parte afectada del vaso. Los casos de neuralgia post-traumática son también debido a desequilibrio del simpático pero ocurre por medio de un mecanismo distinto. Una lesión por leve que sea, ocasiona transmisión de estímulos que producen cambios vasculares, vaso dilatación, seguida de vaso constricción. Estos estímulos son transmitidos por los nervios periferales, pero ocasionan disturbios en los centros simpáticos que producen los cambios en los vasos sanguíneos. En ciertos individuos, surge un desequilibrio del simpático que es causa de vaso constricciones constantes lo que da origen a los dolores y a los cambios tróficos.

A estos casos los llama Leriche, neuralgia post-traumática, difusa y ascendente. Su origen puede ser una simple hincada en la yema de un dedo; los dolores que se experimentan sólo son comparables a los de la causalgia pero se diferencian de éstos en que se difunden y ascienden desde un dedo por toda la extremidad superior y hasta pasan a la extremidad opuesta, descendiendo a la mano correspondiente en casos graves.

Los cuatro casos que mencionamos, pueden a nuestro juicio, clasificarse como de neuralgia post-traumática difusa y ascendente. No son, desde luego, de los gravísimos, pero suficientemente graves para dejar una gran incapacidad funcional. No hemos querido considerar otros muchos casos cuya sintomatología no justificaba que los incluyésemos, por no presentar todos los síntomas de esta condición, pero creemos que tienen el mismo origen y que podemos llamar casos leves de neuralgia post-traumática. Todos se originan en una pequeña herida que ha afectado una región rica en ramas terminales nerviosas, como los tendones y el tejido periarticular de los dedos. Y además, el dolor no corresponde a la distribución de ningún nervio.

El tratamiento de estos casos debe ser el sugerido por Leriche para casos moderados; esto es, infiltraciones frecuentes con solución de novocaína al 1%. Este procedimiento alivia inmediatamente el dolor y permite masajes y manipulaciones.

CONCLUSIONES

Además de las complicaciones corrientes a una herida contaminada, las secciones de los tendones extensores de la mano, lesión la más común entre los cultivadores de la caña de azúcar, se observa con marcada frecuencia un cuadro clínico post-operatorio que podría clasificarse como de causalgia, porque en su evolución, signos y síntomas se le parece en extremo pero que preferimos designar como neuralgia post-traumática difusa y ascendente, ya que además de ser idéntica a esta entidad clínica, tan parecida a la causalgia, tiene un origen similar, (pequeña herida en la mano) se desarrolla igual y, sobre todo, responde al mismo tratamiento.

REFERENCIAS

1—Sección de tendones en el Corte de Cañas, Boletín Asociación Médica de P. R. XXVIII No. 6. 114-118, 1936.

2—*Lewis J. Pollock* and *Loyal Davis*: Peripheral Nerve Injuries; Hoeber, N. Y., 1938; Chapter V: 45-52.

3—*René Leriche* (Archibald Young). The Surgery of Pain; Bailliere, Tindall & Cox, London, 1939; Chapter V: 119-145; Chapter VII: 170-202.

THE THYROID PROBLEM*

J. NOYA BENITEZ, M. D.
Santurce, P. R.

On May 1, 1941, I presented our experience with thyroid surgery in Puerto Rico, at the Thursday night conference of the School of Tropical Medicine. A detailed discussion was not possible then because of the limitation of time, and individual cases were only discussed in reference to complications. And thus only the generally accepted criteria for the diagnosis of the usual case was emphasized.

The need and importance of individualization was stressed, however, and this need is greater than ever in those cases that do not follow the general pattern, and thus become difficult diagnostic problems. And, of course, the adequate treatment —subtotal thyroidectomy— should not be given until the diagnosis of toxic goiter is clearly established. And only after sub-total thyroidectomy will the patient obtain a definite improvement in his symptoms.

All other associated or complicating diseases will then respond to adequate therapy which is usually ineffective as long as the hyperthyroid symptoms are present.

In order to be able to diagnose these difficult thyroid cases one must be:

(1) Thyroid conscious (i. e. keep in mind hyperthyroidism as a possibility).
(2) Carefully evaluate the history and the physical examination.
(3) Be familiar with the vagaries of the disease.
(4) Bear in mind the conditions that simulate it closely.
(5) Use all the laboratory tests that may aid in clearing up the diagnosis, despite the fact that usually, when the "clinical diagnosis is in greatest doubt, the laboratory findings are most likely to be of a borderline nature."

Therefore, the laboratory procedures should be carried out with extraordinary care in these cases, and they should be repeated as often as necessary in order to base our conclusions in definitely proven true values, an dnot on haphazard, occasional, "flight-by night" tests.

Among our cases we have selected one that represented a real diagnostic problem on admission to the hospital: The outstanding findings in this case were as follows:

U.H.-A9 a woman age 44 was admitted on 3-28-40 to the University Hospital complaining of high fever and chills of 40 hours duration. One year before she had been operated at the Presbyterian Hospital, cholecystectomy and appendectomy having been performed. The gall bladder contained eight stones. Two years before she had been treated by L. M. M. for nervousness and palpitations and she was found to have a high basal metabolic rate. It appears that she developed some hirsutism and increased pigmentation of the skin during that time. Six months before, while taking iodine for her elevated basal metabolism, she developed urticaria and an iodine rash.

Examinations revealed that the patient was acutely ill suffering from acute follicular tonsillitis. Culture from the throat

* Read during the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 13, 1942.

revealed the presence of numerous hemolytic streptococci.

Treatment with Neo-Prontosil by mouth and local saline irrigations was instituted, and the condition of the patient began to improve immediately. By the end of the first week of hospitalization the patient was afebrile and feeling well. She expressed a desire to have her underlying metabolic conditions treated.

A report was then obtained from the Presbyterian Hospital of her stay there during July 1939. They had found by a flat film of the abdomen that "The right kidney is normal in size, shape and position. There is a dense oval shadow partially overlapping the shadow of the upper half of the left kidney. This may well represent a tumor of the supra-renal gland. The ilio-psoas lines are well outlined. *Conclusion*: Tumor of the left supra-renal gland."

Blood cholesterol was 153.79 mg. per 100 cc. on July 14, 1939. Their final diagnosis was: "Atypical Hyperthyroidism."

On examination of the patient on April 8, 1940, she was found to have a slightly enlarged, nodular goiter. There was some edema of the eyelids and tissues and some exophthalmos.

On April 22, 1940, the patient suffered from an attack of urticaria and mild angioneurotic edema apparently induced by ingestion of one aspirin tablet.

On April 24, 1940, her Basal Metabolic rate was +28%.

On April 27, 1940, air was injected into the left peri-renal space under local anesthesia. There was no reaction. The films again showed "a round shadow of increased density between the spleen and the upper pole of the left kidney." On April 29, 1940, an intravenous pyelography was performed and the mass was again demonstrated. The radiologist concluded that there was a "tumor mass suggestive of adrenal tumor on the left side."

On May 7, 1940, the ophthalmologist saw the patient and found: slight dilatation of some conjunctival vessels in left eye. Fundi negative. Intra-ocular pressure within normal limits but slightly higher in left eye than on right.

On May 3, 1940, the patient had been started on Iodogenol (colloidal iodine preparation) gtts. X t. i. d. and Luminal gr. ½ b. i. d.

Her basal metabolic rate on May 9, 1940 was +8%, the pulse fluctuated between 80 and 100 per min. and her temperature and respiratory rates were normal. The blood pressure was 160/80. Her weight had remained stationary between 103 to 105 lbs. during the previous four weeks.

The patient was seen on May 9, 1940, by the staff of the hospital, including Dr. Turner and Dr. R. Suárez and it was concluded that the primary condition in this case was hyperthyroidism, that clinically the only signs of left renal pathology pointed to a floating left kidney (it was obviously palpable, movable, and but slightly tender), and that she was in optimum condition for operation after her prolonged hospital stay (43 days).

Therefore, on May 10, 1940, a sub-total thyroidectomy was performed under local anesthesia. A rather small, juicy, very vascular gland was found, and approximately 5/6 of each lobe were removed. The pulse rate became quite rapid during the operation but it was brought down to normal limits by injection of 1/4 mg. of ergotamine tartrate. The blood pressure went up as high as 210/120 at one time but it gradually came down as the operation progressed. The high blood pressure and the vascularity of the tissues made the operation difficult and laborious, but the con-

dition of the patient remained good throughout. The pathological report was: Hyperplasia of Thyroid - Adenoma of Thyroid.

There was a sharp T. P. R. reaction on the first two post-operative days, and much vomiting, but the reaction gradually subsided and on May 13th. the temperature. pulse and respiratory rates stayed normal and the patient felt fine and was not vomiting any more. The skin clips were removed on the third post-operative day and the wound healed nicely by primary union.

Five days later she was allowed up and about, the patient felt fine, the pulse was down to 80.

On May 20, 1940 the patient was inadvertently given Aspirin for a mild headache and she developed an attack of angioneurotic edema with marked edema of eyelids and lips, which fortunately subsided quickly.

She was discharged home on May 28, 1940, feeling perfectly well and weighing 107 lbs.

The patient was re-admitted on August 8, 1940 and tonsillectomy was performed under local anesthesia.

She weighed 118 lbs. this time, her pulse was normal in rate and quality and her blood pressure was 130/74. She had felt perfectly well since previous discharge except for one attack of acute tonsilitis with arthritic pains one week previous to this admission. The tonsillectomy was performed without difficulties and she had a most uneventful recovery going home on the second post-operative day.

Since then she has gradually gained more weight and strength and has fully abandoned the life of semi-invalidism to which she was subjected for the last two years.

This case represents one of hyperthyroidism complicated by chronic and acute tonsillitis, possibility of a renal tumor, and allergic manifestations, which made the true evaluation of her toxic manifestations difficult. The preparation for the operation and the sequence of attack on her pathological conditions were approached successfully as described.

The possible supra-renal tumor remains a question yet to be elucidated, but she has no complaints referable to it and I think it has been widely decided to observe her expectantly. Meanwhile, as said before, she is again leading an active, and useful, enjoyable life.

The role of the general practitioner in the eradication of tuberculosis cannot be overemphasized. Mass programs of case finding in high schools, colleges, industry and racial groups are public health functions. But there are other categories that such drag-nets do not reach. One of these is the older third of the population. They constitute no single group to be rounded up for mass examination. Yet, they contain a higher percentage of infectious cases than any other age. The family doctor alone has direct access to this reservoir of community infection. To drain it effectively and speedily his aid is indispensable. Editorial, Tuberculosis Abstracts, Nov., 1942.

DYSCHONDROPLASIA OR MULTIPLE CARTILAGINOUS EXOSTOSES

F. ASENCIO CAMACHO, M. D.

Bayamón, P. R.

This paper represents a follow-up study of Dyschondroplasia after having reported on the "Boletín de la Asociación Médica" in July 1939, four cases of this rare bone disease. In subsequent years several cases were studied.

Dyschondroplasia as in the broad sense is called by the Americans is well and thoronghly differentiated by European observers and much more so by the radiologists. Because the etiology of the disease rests on numerous theories and clinical observations, no definite conclusion can be affirmed of its cause. The condition is predominantly hereditary.

As early as the discovery of the disease, the neurogenic factor in Dyschondroplasia was suspected and Von Recklinghousen's pointed out to the appearance of multiple angiomata in some of his cases. Others had neurofibromas as a coincidental finding. It was confused with an early rachitic process. Recently, however, the disease has been explained as of parasympathetic origin.

Bentzon believes that Dyschondroplasia is a neurotrophic disorder which may be due to a congenital aplasia of the sympathetic nervous elements of the blood vessels of the bones. He experimented with animals on the disease and tried to injure the sympathetic cords of growing young rabbits at the level of the upper dorsal segments, particularly those which innervated the extremities. A condition similar to Ollier's Dyschondroplasia resulted in the phalanges and the extremities involved. The theory and its very interesting monograph on his work has apparently been overlooked and confirmation has not been possible. The active hyperemia produced on the bone tissue by the injury to the sympathetics in embryonal cartilage was responsible for dystrophic changes.

The biochemical studies on the disease have not furnished much to explain any etiological factor in Multiple Cartilaginous Exostoses. The blood chemistry seems to be within normal limits in the serum calcium and serumphosphorus ratio. Perhaps in the young, the serum calcium is elevated at an early stage of the disease but tends to remain normal when the growth period of bones cease.

The radiological features of the disease has been up to the present the outstanding diagnosis. An early picture of the bones of a child of three, consists of thickening of the metaphyses with broadening of the dyaphyseal-epiphyseal line. Transverse lines of growth which are indications of altered metabolism in the longitudinal growth of the long bones are very common. As we study other cases we find distortions of epiphyseal cartilage, exostoses of different shapes, thickenings of the metaphyses, alterations in the density of bone, striations of cancellous tissue, all in varying degree.

Mark Jansen's theory on Multiple Cartilaginous Exostoses is new and hypothetical, but an answer to a confusing etiology. The dissociation of bone growth is made up of a series of simultaneous processes of morbid pathology: resorption, tubulation,



FIGURE I.
This deformity has increased excessively from the time of July 1939 when the first paper was published on the case.



FIGURE II.
Increased rarefaction of the humerus, with marked tubullation and cancellation.



FIGURE III.
A diagram of the hip reveals the extend of fascial exostoses on the ileal crests.

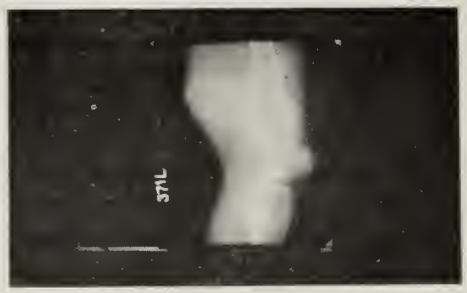


FIGURE IV.
Rarefaction with exostoses of the knee joint. This picture is similar in both legs.

cancellation, cell division and cell differentiation. Dyschondroplasia being considered as a pathological dissociation of bone growth, he divides these processes into:

1—Total retardation of cell division in a growth disc, causes thinning and deformities of the bone.
2—Total retardation of differentiation causes cartilaginous metaphyses.
3—Partial retardation of differentiation causes areas of rarefaction, and leads to the formation of tumors.
4—Total retardation of cancellation leads to striation and possibly stripling of the bone.
5—Total retardation of tubulation leads to lengthened metaphysis.
6—Partial retardation of tubulation leads to the development of exostoses.
7—Retardation of resorption leads to widened bones, enlarged apohyses and button-shaped exostoses of the ribs.

A further study of Dyschondroplasia has been stimulated by the appearance of other cases and the follow-up condition of the first case reported in the Puerto Rico Medical Association, on Dec. 1938.

This case reported and published in the Journal on July of 1939, along with members of his family is turning out to cripple the individual with much deformity and complaints. As his father wrote, he feared that the exostoses were growing out of proportion along the legs and the arms. No doubt, but that the boy who had been ambitions, of average intelligence, wanted

to pursue a college education and was dwindled by a psychological inferiority as well. He complained of weakness, being often too tired to study.

A new series of X-rays were made of the deformities which no doubt had been growing excessively. Striking changes had occurred between the fig. 1 reported in the article and the one in 1942, approximately four years apart. The ulna was much shortened. The epiphyseal growth at the distal end which was an incipient benign spur had developed into a spongy, porous growth invading the interosseal space of the forearm. The radius was lengthened and the Looser zone which was described in 1938 as an apparent physiological fracture, appeared as a solid, distorted, callous area, structurally different from the other portions of the bone. The bones of the forearm were very compact and of more density than the shoulder. Both, left and right shoulders are hypertrophic formations of brittle exostoses growing along different planes of the humerus. As the shaft tubulates it enlarges. The wide distal portion becomes lamellated and rarefied. The interior of the bone seems to hollow and becomes a cyst within a cyst. The epiphyseal line which divides the cap from the metaphyseal area remains enlarged but distinct and apparently well ossified. There is a wider gap between the epiphysis and the metaphysis. The possibility of a fracture in the future is probable if the rarefaction process goes on. However if this occur pathologically or otherwise, union becomes a normal process. (see Figs. 1 and 2).

Clinically, the most striking feature of Dyschondroplasia is the palpation of the extremities where the esteophytes give a sensation of loose bodies or joint mice. The muscular insertions split over the exostoses and the muscles appear hypertrophied. There is evidence to prove that these muscles tire easily.

The pelvic bones are structurally significant. The pubo-ischial synchondroses is much separated, while the shafts of both iliac crests are filled with rough coarse rarefied areas. (fig. 3).

In the femur the cystic development of the metaphysis begins at the center. In years before the whole of this area was preceded by fine striated spongiosa which has thinned out most likely as an internal osteoclasis leaving a large cystic metaphysis.

More impressive of these exostoses has grown so extensively during the past few years as one big arborescent osteophyte from a broad pedicle in the left femur. The condyles of the femur are wider in proportion in relative conformity with the formation of the osteophytes. (Figs. 4 and 5).

At the Bayamón District Hospital a very interesting case was again studied in Jan. 26, 1940. This boy who had been at many hospitals for a large chondromatous growth of the right shoulder was admitted for a radiologic and biochemical study of the disease. There were five little brothers who had the disease, an incipient generalized metaphyseal disturbance. The family history was this time along the father's line, there being no evidence of any member of the mother with the disease.

The patient who happens to be the picture presented, is a lively cooperative boy. He was operated on 1-15-40 for the removal of some tumorous growth and a biopsy. On admission he was found with a secondary anemia, R. B. C. 3,340,000; Hb. 78%. A differential with a high lymphocytic count. Kahn reaction was negative. A complete analysis of the blood constituents



Case of Osteochondroma or Multiple Exostoses. Note deformity of the hand so typical of the clinical diagnosis of the disease.

revealed, Urea Nitrogen, 10.4 mg., N.P.N. 25 mg. Creatinine, 1.6 mg. Uric Acid, 3.1 mg., Glucose, 90.9 mg., Chlorides, 470 mg., Blood Calcium, 10.8 mg., Urinalysis was normal. The pathological record follows:

Gross: There are numerous grayish pink, irregular fragments of bony cartilagenous exostoses removed from the right deltoid region. The largest fragment measures 8 cm. in principal diameter and the smallest 0.5 cm. The external surface of the individual fragments is covered by a thin, smooth and glistening membrane. Apparently the membrane is not broken at any point of the individual fragments. However, it is raised by grayish exostoses forming irregular nodules. On section the fragments seem to be composed mostly of between the islands of bone. In some of spongy bone. Cartilage can be identified between the islands of bone. In some of the bony areas there are cavities filled with yellowish bone marrow. Some of the cavities of the spongy bone are deep red in color.

Microscopic:

Sections: The sections consist of multiple irregular islets of bone and hyaline cartilage. Some of the islets of cartilage are undergoing ossification so that in places the cartilage is surrounded by bone or osteoid tissue. The cartilage cells are regular and they do not present any tendency to invade the surrounding tissues. The bone is cancellous in nature. The intervening tissue consists of loose connective tissue in which islets of bone marrow are seen. In the latter there are foci of red blood corpuscles and nucleated red blood cells. An occasional focus of myeloid cells is found here and there. Osteoblastic cells are seen at the margins of many of the bony spicules.

Diagnosis: Osteo chondroma of scapula.

Félix M. Reyes, M. D.
Pathologist.

BIBLIOGRAPHY

1—Ollier's Dyschondroplasia. Bentzen., K. Acta Radiológica. Vol. CXI Fasc. 2-3 pp. 90-112.

2—*A. Richard* and *Colleages*—Revue Orthopedique T. 23, no. 5, Sept. 1936.

3—*Jansen, M.*—Dyschondroplasia or Multiple Cartilaginous Exostoses. Robert Jones Birthday Volume. Oxford Medical Publication pp. 43-72.

4—*Fernando Asencio*— Multiple Cartilaginous Exostoses. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. year XXXI, No. 6, June, 1939.

The World Over

Tuberculosis already appears on the increase in the warring nations in the second world conflict. No single cause is apparent. All the factors concerned in the other world war again operate. Malnutrition is known to be serious in certain countries. Esmond R. Long, M. D., Amer. Rev. of Tuber., June, 1942.

Deaths from tuberculosis in Scotland have been increasing in number since the war began. The increases are in every instance larger for females than for males and the proportionate increases are greatest for tuberculous meningitis, a form of the disease which reacts quickly, to increase in the amount of infection present in the community. Editorial, Tubercle, June, 1942.

Tuberculosis is again on the increase in Canada and has gone from eighth to seventh place as a cause of death. Bulletin, Canadian Tuber. Assn., Sept., 1942.

Even after 1,000 days of war the health of the nation is in many respects better than it was in peacetime. Tuberculosis, however, is an exception. The Minister of Health for Great Britain. Bulletin, Canadian Tuber. Assn., Sept., 1942.

Despite the precaution of a supplementary diet for persons with active tuberculosis, the march of the disease has been ominously progressive in France. The figures for 1941 compared with corresponding ones for 1939 show a 10 per cent increase in mortality from tuberculosis. In children from one to nine, the increase was 28 per cent. Marcel Moine, M. D., Academie de Medecin de Paris, Sept., 1941.

Tuberculosis remains the most deadly saboteur in our midst. Sixty thousand Americans will perish by the disease this year. C. M. Wylie, Mich. Tuber. Assn.

HIPOCRATES, EXCELSO DEONTOLOGISTA*

MANUEL DE LA PILA, M. D.
Ponce, P. R.

Con igual fruición, recogimiento devoto y cariño entrañable con que el hijo en los momentos solemnes recuerda al padre desaparecido evocando su memoria, que henchida de grandes enseñanzas, sanos consejos y nobles ejemplaridades, le sirve de tónico de su voluntad, así también al acaecer este momento candente de guerra en que la combustión del deber es tan urgente que consume toda la leña de nuestras energías, no es de extrañar que los hermanos del arte volvamos la mirada, ávida de guía, hacia la figura creadora de la clase médica, hacia el Padre de la Medicina; el inmenso Hipócrates.

Es cosa cierta en la vida que el padre espiritual no es menos padre que el carnal. No es la fuerza fisiológica de la paternidad la única que prima en la herencia. La influencia psíquica pesa tanto o quizás más. En ese sentido, los padres espirituales de la humanidad tienen la misma inmanencia que los genes en las gestas del carácter de las colectividades y de los pueblos.

Los hijos espirituales no nacen con formas, nacen, como Minerva, de cerebros inteligentes, creadores; nacen inmortales.

Vosotros, privilegiados de la cultura, recurrid a los tesoros de vuestra exquisita erudición y encontraréis sobrados y bellos ejemplos de la fuerza avasalladora y dirigente de esa espiritualidad en las sociedades y en las naciones.

En la pasada guerra mundial, en los momentos críticos en que la existencia de esa Francia, tan amada, se bamboleaba, recuerdo una composición pictórica que apareció en "La Ilustración Francesa", donde el artista genial, representaba al Mariscal Foch, de rodillas sobre tosco banco de una modesta abadía del noroeste de Francia. Tenía la figura intensamente pensativa del General, la sublime sencillez de su grandeza y el ambiente, el impresionante quietismo físico de las *aguas madres*, precursor de la cristalización. La luz que se filtraba, tenue, a través de los polícromos ventanales, del Presbiterio, al disfumarse en su penumbra, dibujaba la figura de la grandiosa espiritualidad histórica Gala, Juana de Arco.

Diríase que la mente de Foch, como gigantesco imán, inconmensurable, se pegó al acero de la armadura de combate de la heroína, la levantó de su sepultura y la atrajo a la escena del momento, para captar de la fortaleza de su temple, la forja del acero, que hizo a su espada victoriosa y salvadora.

En la vendimia de las ideas conserva su sublimidad el zumo de las cepas sembradas en las civilizaciones modernas merced al injerto que perennemente la remoza de la espiritualidad del cristianismo. A despecho de la imagen que en vuestras conciencias formen el distinto prisma que el cerebro emplee para analizar la persona Santa de Jesús, según la antinomia de las creencias, es innegable y altamente significativo, que la misma voz que se oyera en las horas de gloria del Tabor, fuese la misma que recababa Jesús en los momentos grises del Gólgota, al exclamar "padre, por que me has abandonado." ¿Puede darse fehaciente prueba más elevada de lo que significa la Paternidad espiritual?

Es tan potente la luz que irradian esas figuras gigantes de la humanidad, que aún

---

* Discurso leído en la Sesión Inaugural de la Trigésima Novena Asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 11, 1942.

en el caso de que padeciéramos de amnesia del pasado y nos colocásemos adrede, de espalda hacia la historia, las sombras de nuestras personalidades se extenderían, se alargarían, como una proyección de ese sol ascentral, abriéndose inconscientemente, en la oscuridad de las noches del vivir, a nuestros pasos, todos los caminos.

Tales son las consideraciones que constituyen el motivo que nos lleva a hablar de Hipócrates esta noche. No es la intención de biografiar su personalidad; no es la pretensión de descubriros sus grandezas, que fuera tal empresa, osadía de mi parte ante vosotros, consagrados del saber; sinó el deseo de realizar con todo el entusiasmo de un fervoroso, pero modesto aprendiz del arte médico, una peregrinación instructiva y reverente por las sendas certeras trazadas en el campo de la ética, con la ejemplaridad de su vida, por aquel Héroe, moral de nuestra clase.

Sepamos pues, *de donde era, como era y quien era* nuestro Padre.

En un mar de verdes reflejos, como el Caribe, en el Mar Egeo, de igual abolengo histórico que aquél, porque sus aguas mecieron la cuna de muchas civilizaciones, emerge la Isla de Cos, como el más sólido estribo del viaducto espiritual que apoyado en las innumerables islas que salpican toda su extensión, conectó el Halicarnaso con el Attica, la Turquía con la Grecia, ofreciendo así, amplia, segura y acogedora ruta para el tránsito fecundo de las dos civilizaciones más grandes de la antigüedad; las de Asia y Europa; uniéndolas indisolublemente.

En esa isla, modesta geográficamente, pero grande, por ser firme asidero de la historia, que despierta en la imaginación evocaciones realmente cautivadoras, nació Hipócrates.

Isleño había de ser un tal genio, porque en esas pequeñas porciones de tierra, que el mar circunda completamente como para preservar que se escape la esencia del carácter, el brillo del pensamiento y la personalidad destacada del individuo; en esas islas han surgido siempre en el devenir de los años, las figuras más grandes de la historia.

Estrecha y larga, la isla de Cos, de 280 kilómetros de extensión, con un sistema orográfico similar al de Puerto Rico, con sus más altas estribaciones hacia el Oriente, privilegiada con fuentes minerales sulfurosas, como nuestros Baños de Coamo, gozaba de numerosos establecimientos de salud, sobre los cuales destacábase imponente, el Templo de Esculapio, ofreciendo un panorama cultural médico similar al que en nuestros días ofrece nuestra isla, con sus múltiples instituciones privadas, voluntarias y públicas, nosocomios brillantes sobre los que destaca como moderno Asckle-pion, la Escuela de Medicina Tropical.

Como Puerto Rico, la Isla de Cos, fué al parecer, fragmento de unas cadenas montañosas extendidas entre dos continentes, que un cataclismo geológico fué lo suficientemente poderoso para quebrarla en cientos de pedazos; formando las islas del Mar Egeo, allá, y las Antillas en nuestro Hemisferio; pero insuficiente para quebrar el alma, la espiritualidad de sus razas pobladoras; el Helenismo en Europa, el Panamericanismo en América.

En el primer año de la octogésima olimpiada, o sea el año 460 A. J., abrió por primera vez sus ojos al mundo, Hipócrates, y la luz del sol de Grecia pudo mezclarse en sus pupilas con el brillo del fuego que reververaba en ellas, el fósforo que ardía por vez primera en el cerebro de aquel gran genio.

Su vida, que se extendió desde el año 460 hasta el 370 A. J., aproximadamente, o sea cerca de 90 años, fué arrullada en su infancia, por las exaltaciones patrióticas

motivadas por los hechos militares fastuosos de la Grecia heróica. Todavía estaban vivas y calientes las narraciones conmovedoras de aquellas epopeyas; todavía los cantos de los poetas, el ritmo le la música, los discursos de los oradores reproducían profusamente la nota épica de aquellos sucesos incomparables y los veteranos de Marathon, contaban las proezas de Milciades en la más decisiva contienda del año 490, entre la pompa oriental y la democracia occidental, victoriosamente resuelta en favor de Grecia, para bien de la humanidad. Todavía lucían su brillo, las inscripciones esculpidas en las columnas dedicadas al holocausto de Leonidas en las Termópilas (480 años A. J.) donde el poeta Simónides decía:

"En este sitio 4,000 soldados
Venidos todos del país de Pelops
Guiados por el Dios de la batalla
a 300 millares combatieron."

y la otra rezaba así:

"Caminante, vé a Esparta y dila
que hemos muerto por obedecer sus
(leyes".

Diríase que existía un estado de ánimo similar al de triunfo, paz y confianza en el porvenir, (acicates de progreso), de que gozábamos todos después de la victoria alcanzada en la pasada guerra mundial.

Hipócrates abandonó en la adolescencia su casta de los Asclepiades, que por espacio de 17 generaciones habían ejercido la medicina en Cos; y de no haberlo hecho, hubiera sido esclavo de las mismas costumbres y de los mismos atrasos. Por eso estudió en otras fuentes; fué discípulo de Eródico, resucitador de la medicina gimnástica, invención de Esculapio; y se ejercitó en la práctica principalmente con los Periodeutas, a los cuales acompañaba de ciudad en ciudad, asistiendo los enfermos.

Hipócrates viajó profusamente por los distintos estados del Peloponeso, de la Grecia y del Asia, como lo demuestra su obra sobre Aire, Tierras y Lugares; enriqueciendo así su patrimonio cultural.

Existe una certeza razonable para afirmar que los diversos Asclepias dirigían muy cuidadosamente sus hospitales, poseyendo un verdadero sistema de archivo, constituído por las tablas votivas dejadas por los pacientes, y en las cuales se guardaba el informe de los síntomas, tratamientos y resultados de cada caso. Hipócrates tuvo en sus manos ese material clínico, y con ello la oportunidad de observar la enseñanza y la terapéutica seguida en el sistema llamado de la Gimnasia.

Fué Demócrito, el originador de la doctrina de los átomos, el que más relaciones mantuvo con Hipócrates y de quien éste recibió el mayor caudal de instrucción filosófica.

Hipócrates tuvo la dicha de vivir en el siglo de oro de Grecia, la época de esplendor de Atenas, y en los años que vivió Pericles. Fué contemporáneo de Sófocles y Eurípides, Aristófeles y Píndaro, Sócrates y Platón, Erodoto y Tuscidides, Callicatres, Ictimus, que construyó el Partenón, Croebus que comenzó el templo de iniciación de Eleusis. Antágenes, Xenocles Menesicles y los grandes escultores Phidias y Polinottus. Fué aquella una época incomparable de la humanidad, puesto que nunca, ni antes ni después de esa fecha, han aparecido en el mundo en un espacio tan limitado de terreno y en una cortedad de tiempo tan grande, tantos hombres geniales como en aquel entonces, aparecieron en Grecia.

Es imposible trazar directamente la influencia ejercida sobre él por aquellos grandes hombres de su tiempo. Pero, uno

no puede desprenderse de la idea de conectar la diseminación del poder ejercido sobre la vida y el pensamiento griego por los trabajos vivientes de aquellos sabios con la emancipación de la medicina, que el libertó de la superstición y de la teurgia.

Existía un período de gran desarrollo intelectual y bastaba una mente poderosa tal como la suya para captar para la Medicina, las mismas influencias, que estaban activas en las otras ciencias. El ambiente de progreso que alcanzó Grecia en la época que vivió Hipócrates venía desarrollándose desde muchos años atrás logrando alcanzar el arraigo que obtuvo en aquella época, en que Atenas mereció con justicia el dictado de Grecia de las Grecias. (Tuscidides).

La república de Atenas si bien más antigua de origen que la Creta y Esparta, se desarrolló sin embargo más lentamente. Solo por medio de muchos cambios sucesivos pasó desde el gobierno monárquico al aristocrático y de este al democrático.

Llegó el momento en que los diacrios pedían el gobierno popular, los Pédicos deseaban la conservación del poder de la nobleza y los Paralios constituían un término medio entre unos y otros, lo que originaba turbulencias. Entonces, hacia el año tercero de la XLVI olimpiada, Solón, hombre aceptable igualmente a los ojos de todos, por su sabiduría y moderación fué elevado a la suprema magistratura, dándosele el encargo de arreglar y redimir con nuevas leyes el descompuesto y casi arruinado estado. Con su legislación sabia colocó Solón magníficos cimientos para la futura grandeza de Atenas.

La ley de la abolición de las Cargas prohibía la sujeción servil por débitos no satisfechos. Prohibió terminantemente para los tiempos venideros contraer préstamos con la garantía de la libertad personal. Determinó un límite máximo para la propiedad inmueble. Los siervos de la gleba y hectamoros desaparecieron en el Atica, habiéndose convertido en pequeños terratenientes. La ecuanimidad de Solón colocó las actuaciones del estado en el justo medio, comenzando desde ese momento la regeneración de la colectividad ateniense. Clístenes en el año 508 aumentó el número de miembros del gran consejo de 400 a 500 y promulgó la ley del ostracismo para evitar las dictaduras. Al sobrevenir la guerra de Independencia contra Persia, tomó nuevos y rápidos impulsos la vida política de Atenas. Los ruidosos éxitos militares alcanzados fortalecieron la conciencia de su propio valer. Pero el acmé de esta curva ascendente de esplendor se alcanzó merced a ese incomparable liderato de Pericles en los años 411 al 403 que justamente son los de la madurez de la vida de Hipócrates.

Pericles, políticamente logró formar una confederación, con todos sus estados helénicos respetándose las características de cada región y logrando una unidad nacional firme. Mediante tratados con los países vecinos y anteriormente enemigos, logró arreglos de convivencia equitativos y permanentes, que le proporcionaron una era de paz al pueblo helénico. La forma de gobierno fué liberalizada, destruyéndose el partido aristocrático de Cimón y limitándose las atribuciones del Areópago.

Como altamente demostrativo del espíritu liberal de aquella época, vamos a leer un fragmento de la oración de Tuscidides en la muerte de Pericles.

"Porque es justo y conveniente dar honor a la memoria de aquellos que por su virtud y esfuerzo nos entregaron a Grecia gloriosa hasta el día de hoy. Por eso son dignos de elogios. Nuestro gobierno se llama Democracia, porque la administración de la República nos pertenece, no está en pocos, sino en muchos. Que por pobre y

bajo de nivel que sea una persona o un individuo, con tal que pueda hacer bien y provecho a la República, no será excluído de los cargos y dignidades públicas, por consiguiente, cada uno de nosotros, de cualquier estado o condición que sea, no será nombrado para ningún cargo, ni honrado ni tampoco combatido, ni atacado por cuestión de su linaje, sinó que, tan solo se tendrá en cuenta para todo ello la virtud y la bondad: Nosotros, pues, en lo que toca a nuestra República, gobernamos libremente."

En ese ambiente intensamente progresista donde la ciencia, las artes, la filosofía y el gobierno alcanzaron incomparables desarrollos, realizó Hipócrates su obra.

Esta labor de Hipócrates es muy extensa, para ser analizada en una conferencia, pues se estiman en 80 los libros publicados, y solamente los comentarios de ellos en la obra clásica de Littré, ocupan siete volúmenes. Deben dividirse esos tratados en dos categorías, los exclusivamente médicos, y los que tienen una finalidad única moral o ética.

Ante todo no voy a cansar vuestra atención poniendo a la consideración de ustedes todo el material acopiado por los comentaristas para certificar la existencia de Hipócrates como médico.

Los nombres de Littré con su obra monumental, y de Daremberg entre los comentaristas modernos, son más que suficientes.

Entre los antiguos basta citar un pequeño diálogo de Platón, su contemporáneo que le conocía personalmente, en su obra "Protagoras" que debía iniciar cualquier biografía de Hipócrates, y que se desarrolla así:

Platón en el diálogo dirige esta pregunta a uno de sus interlocutores llamado Hipócrates, que era nombre muy corriente en aquella época, como nuestros Pérez y González.

—"Dime, Hipócrates; si quisieras ir a encontrar tu homónimo Hipócrates de Cos, de la familia de los Asclepiades, y darle una cantidad de dinero por tu cuenta; y te preguntaran a qué personaje traías el dinero llevándolo a Hipócrates, ¿qué responderías?

—"Que se lo traigo en su calidad de médico.

—"¿Con qué objeto?

—"Para llegar yo mismo a ser médico."

No voy a ocuparme de sus escritos sobre higiene tan admirablemente bosquejados en su tratado "Aires, Aguas y Lugares", placenta científica que nutriera las obras maestras de Montesquieu, Cabanis y Monlau.

Tampoco vamos a considerar sus publicaciones sobre semeyotica que ocupan un lugar preferente en la medicina de Hipócrates.

En los tratados de Predicciones o porrohética, Prenociones coacas y sobre todo en el Tratado del Pronóstico se lee: "Dice, que, le parece ser el más preciado médico aquel que pronostica mejor, penetrando y exponiendo, antes de todo a la cabecera de los enfermos, el presente, el pasado y el porvenir de sus enfermedades y poniendo a la par de manifiesto lo que ellos omiten. De este modo el paciente se convencerá de la verdad de sus conocimientos, le otorgará su confianza y cumplirá sin vacilar cuanto le preceptúe. Dirigirá tanto mejor su curación por cuanto sabrá leer en el porvenir con los síntomas del presente."

No voy a tratar tampoco de las doctrinas médicas consignadas en el libro de las Epidemias, cuyo apéndice conteniendo 42 historias clínicas, constituye la colección más antigua de ellas en el mundo abarcando las más diversas enfermedades del aparato respiratorio, disentería, diarrea, fiebres palúdicas, y que tienen el mérito de señalar en una época en que no era tan corrien-

te este proceder, cuales fueron mortales de esos casos que alcanzaron a 60% y exponían con toda claridad con el más perfecto criterio de enseñanzas clínicas, cuales fueron los posibles errores de diagnóstico y tratamiento en esos casos, para evitarlos en lo futuro.

No entraremos a considerar el impresionante libro sobre la "Enfermedad Sagrada" donde afirma que el cerebro es el asiento de las facultades intelectuales y morales, ni las maravillosas descripciones de la fiebre terciana y cuartana, ni las exposiciones valiosas todavía de la pleuresía y pneumonia ni las facies Hipocráticas, ni la auscultación precursora de los trabajos de Laennec ni sus consejos sobre la exploración de los enfermos, ni la nosografía o nosología quirúrgica, (fracturas, heridas de la cabeza), ni nos entretendremos en catar el sabor clínico de sus historias como la primera que se narra en el mundo, la de Filisco, con todos sus detalles; ni abordaremos sus teorías de la cocción, de la crisis, de los 4 humores, de las flucciones, del excedente cualquiera. No hablaremos nada de eso, porque la índole de este trabajo nos prohibe adentrarnos en el aspecto médico de la gran figura de Hipócrates.

No es pues en el aspecto médico que nos ocuparemos de Hipócrates, sino como fundador de la moral médica. Dentro de sus obras hay 6 tituladas:

"Preceptos", "Medicina Antigua", "El Médico", "Decencia", "Ley Médica", "El Juramento"; que tratan de una manera especial sobre los deberes que pesan sobre el médico, aparte de que en algunas obras médicas, como "Aforismos", "Aires, Aguas y Lugares", etc., existe un caudal considerable de esos mismos principios.

De todas estas obras la más demostrativa la constituye "El Juramento," documento escrito probablemente en Atenas, entre marzo y octubre del 421 (A.J.) cuando Hipócrates tenía aproximadamente 40 años de edad, el cual servía de solemne promesa médica.

Supónese por alguien que fué escrito por Hipócrates para algunas de las Fraternidades médicas que tan abundantemente existían en aquellas épocas en Grecia, y que, gradualmente, se extendió desde la sociedad médica Ateniense a todo el orbe como una ley moral universal de nuestra profesión.

En la espaciosa y soleada plaza de la culta ciudad de Cos, capital de la isla del mismo nombre, y al pie de la colina en cuyo alto lucía la riqueza de sus tallas y esculturas la joya arquitectónica del Asklepion, alzábase ingente, recio y corpulento un árbol secular de dimensiones tan impresionantes que Herodoto le asignaba 16 metros de circunferencia y cuyas ramas amenazantes de quebrarse por lo extensas, eran sostenidas por sólidas columnas de diversos mármoles. Sobrio y maravilloso templo, que pródiga la naturaleza, obsequiara a Hipócrates para que al amparo de su sombra ejerciera su sublime magisterio.

Allí, en aquel escenario original y conmovedor por su realismo en una época tan formidablemente alejada de nosotros, hacia la Quinta Centuria A. J., Hipócrates solemne y trascendente en la serena majestad de aquel ambiente, tomaba a sus discípulos, los futuros médicos, el célebre juramento que ha hecho imperecedera su memoria y que dice así:

"Juro delante del médico Apolo, delante de Asclepios de Higiea y Panakiea e invoco por testigo a todos los dioses y diosas, que quiero guardar concienzudamente, según mis fuerzas y entendimiento, este juramento y esta promesa escrita."

"Que honraré al maestro que me ha instruído en este arte como a mis padres, le daré sustento y además lo que me pidiera

de retribución; que estimaré a sus hijos, como a mis hermanos carnales y, si desean aprender este arte, se lo comunicaré sin retribución;

"Que comunicaré mi enseñanza, explicación y toda la otra doctrina, sólo a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que hubieran jurado fidelidad al arte de curar, y a nadie fuera de estos;

"Que en cuanto esté en mis fuerzas, prescribiré así mismo a los enfermos, una dieta saludable y los protegeré contra perjuicios y daños;

"Que nadie me moverá a dar a un enfermo un medicamento mortal o a aconsejárselo; por semejante manera no daré a mujer alguna remedios abortivos;

"Que guardaré pura y santa mi vida y mi arte;

"Que dejaré a aquellos que tienen práctica, la operación de la piedra;

"Que en cualquier casa que entre obraré sólo para utilidad del enfermo, lejos de toda aberración científica y de toda corrupción de mujeres o varones libres o esclavos;

"Que lo que yo viere u oyere, en el tratamiento de los enfermos y fuera de él en la vida de los hombres, y que no se deba decir, lo guardaré en silencio y lo consideraré como un secreto;

"Si guardo fielmente este juramento y no lo quebranto en nada, quépame en suerte la dicha y la salud en la vida y en el arte, estimado siempre por todos los hombres y de la posteridad más lejana; pero si yo violase este juramento y fuere perjuro, que todo lo contrario venga sobre mi."

Tal es la profesión de fe, la elocuente afirmación del existir del médico, no por razón utilitaria oportunista de necesidad o de negocio, sinó por una razón moral de elevada ética.

ANALIZEMOSLE:

Este pequeño documento encierra en realidad tres partes:

Primero, la *Invocación*, dirigida a los dioses; segundo, la *Exposición* de los deberes que el médico se compromete a cumplir con sus preceptores, con los enfermos y consigo mismo y la tercera contiene la *Imprecación*.

La *Invocación* la hace jurando delante de Apolo, Asclepio, Higiea, etc., y hay que tener en cuenta que en Grecia, ningún acto de la vida pública ni privada, se realizaba sino bajo los auspicios religiosos. Los poetas y los historiadores hablaban siempre de los dioses. Es el hecho que, sea cual fuere la época que elijamos para recorrer la Grecia, todos los dioses reales, tienen en ella templos, sacerdotes, altares, himnos y sacrificios y al mismo tiempo lo tienen también los dioses representantes de aquellos, porque los Griegos honraron siempre a númenes reales y a númenes simbólicos. En ese conjunto de fábulas, enigmas, alegorías, símbolos y mitos de la mitología que obstaculiza la penetración de sus secretos, alguna cosa venerable, augusta, conmovedora, existía en el fondo de tal religión, que era suficiente para inspirar un respeto devocional a la misma en los juramentos, a remedo del respeto que el juramento cristiano impone en nuestros días, cuando ponemos la mano sobre el Evangelio y elevamos el pensamiento a Dios.

Al llegar a la *Exposición* dice: "Que honraré al maestro que me ha instruído en este arte como a mis padres, le daré sustento y además lo que pidiera de retribución, que estimaré a sus hijos como a mis hermanos carnales, y si desean aprender este arte, se lo comunicaré sin retribución, y también comunicaré mi enseñanza, explicación, y toda la otra doctrina solo a mis

hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que hubieran jurado fidelidad al arte de curar y a nadie fuera de estos."

Fundó así la fraternidad médica más grande que en el mundo haya existido, la verdadera hermandad médica, tan ansiada como sentida por nuestra clase.

Rebuscad bien en las páginas de nuestra historia, y ni en las épocas pretéritas de la nebulosa infancia de la humanidad, ni en la adolescencia triunfal de nuestra sociedad, ni en los maduros años actuales que vivimos, encontraréis nada semejante a ese sentimiento de fraternidad expresado por Hipócrates.

La fraternidad es una necesidad humana, un sentimiento innato del espíritu, e Hipócrates, dándose cuenta de ello, percatándose de que la vida no vale la pena de vivirla si no la aroma el amor, perfiló gallarda la silueta acogedora del monumento a la fraternidad médica, en su lenguaje impregnado de gratitud, en ese trozo de ese instrumento magistral que llamamos juramento.

Así aquel sacerdote del sentimiento unió a los médicos, no sólo por el austero lazo de la ciencia, sinó por el cálido abrazo fraternal.

Más adelante dice que "Cuanto esté en mi fuerza, prescribiré así mismo a los enfermos una dieta saludable y los protegeré contra perjuicios y daños." Breves palabras, seductoramente atractivas, porque encierran el símbolo privativo de la honradez médica puntualizando claramente el deber ineludible del médico de asistir al enfermo, la obligación inexcusable de velar por su salud y la necesidad apremiante de protejerle contra perjuicios y daños, lo que no es otra cosa que el agraz de nuestra moderna profilaxis. En esas líneas se evidencia la orientación altruista de nuestra profesión que, contrariamente a la directriz económica que prima en el orden financiero y de trabajo de otras actividades humanas tendentes a acrecentar siempre el volumen del negocio; el médico, por el contrario, con la higiene y salubridad pública, voluntaria y placenteramente va mermando el propio caudal de su clientela a medida que logra evitar las enfermedades y por ende disminuir el número de los enfermos. Y es, que la finalidad del médico, la constituye, el bien, y no hay otra profesión que tenga por misión, tal privilegio.

Luego dice: "Nadie me moverá a dar a un enfermo, un medicamento mortal o a aconsejárselo."

En estas palabras, no hay que suponer que Hipócrates se refiriera al crimen vulgar, al homicidio, sinó que esa prohibición se refería seguramente a negar al médico el derecho de suprimir vidas por razones de orden sentimental. Es decir, a practicar la eutanasia.

El derecho a morir, el derecho, a matar; puesto en manos del médico lo negaba Hipócrates. Y tenía que ser así categórico, porque Platón en su filosofía defendía prácticas que en realidad eran iniciaciones de diversas formas de eutanasia. Entonces, como ahora, la eutanasia levantaba controversias. Esa eutanasia que en nuestros días, merced al apoyo de brillantes líderes, ha logrado hacerse aparecer como producto de esta generación moderna, es en realidad, práctica corriente en civilizaciones inferiores para las cuales el individuo importa poca cosa. La supervivencia de esta práctica en la mente de destacados individuos de nuestra prodigiosa y variada civilización actual, ha llegado hasta originar movimientos sociales, tendentes a obtener la legalización de la eutanasia voluntaria. Inglaterra, ha constituído una sociedad para este fin, presidida por Lord Moynihan, que ha batallado para obtener la aprobación de la Ley en la

Cámara de los Lores. La acción de quitarle la vida a todo ser humano como la entienden los sociólogos, que por causas de nacimiento, deformación adquirida o enfermedad incurable, pueden causar molestias a los semejantes, ha debilitado más la fuerza de esa teoría falsamente humanitaria, pues ese ser deforme, de apariencia despreciable, repugnante o molesto a sus semejantes, puede con sus cualidades, talento o virtudes, prestar a la sociedad servicios de orden superior, muy apreciables. Si tales doctrinas eutanásicas hubiesen sido aplicadas siglos atrás, a todo rigor, no leeríamos hoy, las fábulas de Esopo, ni las sátiras de Escarrón, ni nos hubieran estremecido las comedias de Alarcón el jorobado, ni Cervantes hubiera escrito el Quijote, ni Milton nos hubiese legado el "Paraíso Perdido."

Los hombres que constituyen la sociedad deben ser solidarios, y por eso los fuertes y los ricos tienen el deber de sobrevenir las necesidades de los débiles y los pobres. (Du Plessis).

Esta teoría se ha convertido en un peligro de la comunidad, en una merma del respeto a la vida humana, en una violación, de los derechos civiles intangibles, en una verdadera usurpación de los derechos biológicos de la resurrección mental. Por nuestra parte en el humilde plano de nuestras actividades, en el ejercicio modesto de nuestra profesión, cuantas veces hemos contemplado ese maravilloso espectáculo biológico en que la agonía quiebra más o menos abruptamente su marcha descendente hacia la muerte y la lucidez vuelve al cerebro, como si la naturaleza, en esfuerzo supremo movilizara de todos los rincones del organismo los últimos remanentes de oxígeno para reavivar la llama de la vida, que parecía ya extinguida. ¡Con qué serenidad, con qué aplomo, con qué brillantez de idea, aquel ser que parecía perdido, en esos instantes de resurrección del pensamiento, dá consejos, dicta recomendaciones, dispone de su herencia, arregla situaciones personales o de familia de una manera verdaderamente sorprendente! ¡Qué escalofriante sentimiento de responsabilidad hace estremecer todo nuestro cuerpo, al considerar como hubiésemos manchado nuestra conciencia, si siguiendo prácticas de eutanasia, hubiéramos impedido de sus derechos a aquel enfermo privándole del uso de la razón y de la vida!

Los casos de locura arrecian la responsabilidad médica porque permisos concedidos por un loco, naturalmente no tienen valor legal ni real.

La incurabilidad del paciente que también se alega como motivo de eutanasia, es factor de muy difícil determinación, pues los descubrimientos de nuestra ciencia, dominan enfermedades que antes parecían completamente desesperadas. El elemento, dolor, que es el que más acongoja a los eutanásicos, ha sido tan hábil y tan certeramente abordado por la terapéutica, la fisioterapia y sobre todo por la cirugía del sistema nervioso, que hoy fácilmente se alivia y se domina.

Sin consideraciones, sin atenuaciones sentimentales, escuetamente, Hipócrates dijo al médico, "no matarás," y todavía conserva toda su vigencia moral, ese precepto.

En el mismo apartado continúa exponiendo: "Que por semejante manera no daré a mujer alguna, remedios abortivos."

No puede darse más rotunda prohibición de la práctica del aborto que esas sencillas palabras.

Ya en aquella época esas ideas abortivas *eflororan* el pensamiento de Platón, y Aspasia enseñaba su práctica en Atenas. Contra ellos se revolvía Hipócrates en su juramento porque en aquella época, al igual que entre nosotros hoy, el aborto no solo en el aspecto llamado terapéutico, sinó

el criminal neto, a pesar de la censura y de las prohibiciones, permaneció por siglos perdurable entre los paganos.

Hipócrates estableció un coto moral a tal abuso.

Hay algo muy significativo en este asunto. Generalmente en la condenación del aborto, existen prejuicios ampliamente extendidos entre los tratadistas de esta materia, considerando que ello se debe principalmente a la impregnación cristiana de nuestras costumbres y leyes; pero, precisamente, el hecho contundente de la condenación de esta práctica por Hipócrates, en épocas completamente paganas en donde no se conocía el Cristianismo, cuatrocientos cuarenta años antes de Jesucristo, constituye la negación más rotunda a aquellas suposiciones. Esa práctica del aborto criminal y el llamado aborto médico, obstétrico, profiláctico o terapéutico por otra parte, son dos actos investigados por la ley. Lo único que diferencia a los dos es la intención.

Esa es la tendencia legal también en Puerto Rico, cuyo artículo 266 del Código Penal, establece la excepción, para no ser penado de presidio al que cometiera el aborto, de evidenciar que tal maniobra fuera necesaria para salvar la vida de la paciente.

Los peligros del aborto son médicos, éticos y demográficos.

Afortunadamente, tanto en tiempo de Hipócrates, como en nuestros días, existen consideraciones de orden menos elevado que el filosófico, de orden puramente profesional, que no dejan de impresionar al médico, como lo es el temor de acercarse en su práctica a los industriales de nuestra carrera o el temor de una acusación prevista de estar favoreciendo indirectamente esa industria culpable. Hasta en países tan extremadamente liberales como el Soviet, puede ya notarse que el programa del trabajo educativo que se realiza en las oficinas de matrimonio, por el médico encargado de instruir sobre estas cuestiones, enfatiza los peligros del aborto, que en las estadísticas rusas han arrojado una mortalidad materna verdaderamente asombrosa. Por este motivo, se han visto obligados a nombrar un comisario especial de abortos que controla las interrupciones de la gestación.

El no ser sumamente rígidos en esta materia, el no pasar por encima de tecnicismos modernistas, el olvidar los principios fundamentales, resulta altamente peligroso para la colectividad y para las naciones, porque sabemos que a pesar de todas las leyes que se promulgan para la legalización del aborto, mucho menos del 1% de los casos vienen a la corte y esa laxitud de la sociedad a este respecto, puede ocasionar perturbaciones hondas relacionadas con la existencia misma de un país.

Por lo ilustrativo que resulta, quiero recordaros lo sucedido en Francia en este orden, con la elocuencia sobria de los números que os voy a producir. En 1886 Francia tuvo 907,000 nacimientos; cincuenta años más tarde 1936 tuvo 630,000 nacimientos y en 1938 solo fueron 610,000. Las muertes de ese año alcanzaron a 650,000, existiendo, pues, un déficit de la población de 40,000. De ahí nació la frase estremecedora de los pensadores franceses que exclamaban: "Francia es entre las naciones más civilizadas, aquella en que los ataúdes son más numerosos que las cunas."

Pues bien, el aborto criminal, fué una de las causas más importantes de esa trágica situación.

Ya en 1905, Dolé Doleriz señaló que en las salas de maternidad de París existían más casos de abortos provocados que casos obstétricos.

Médicos y sociológos por largo tiempo

estuvieron señalando este peligro nacional y pidiendo leyes contra el aborto. La Guerra de 1914 agravó la situación. En 1923 el parlamento Francés promulgó leyes sumamente enérgicas, hasta el extremo de proveer que los asuntos de aborto no fueran decididos por jurados que a menudo están sometidos al elemento emotivo, sinó que debían de ser juzgados por tribunal de derecho.

Llegaron tan lejos hasta conceder, dentro de las leyes, una provisión, excepcional en la cual se otorgaba completo perdón para la acusada, si descubría el autor del aborto. A pesar de todo, el número de personas acusadas y condenadas, quedó muy por debajo de la proporción de los abortos. Mazel y Robin, quienes recientemente han tratado este asunto, en el Journal de Medicine de Lyon, evitan dar cifras, pero sin embargo todo el mundo está conforme que el número de abortos es mayor que el número de nacimientos anuales, que llega a 600,000.

¡Cómo impresiona a todos poner nuestros ojos en estos momentos críticos del mundo sobre esas modestas y sencillas palabras del Juramento y elevar nuestro pensamiento a las regiones en que se mece el de aquel vidente incomparable del porvenir que se llamó Hipócrates!

Ulteriormente dice: "Dejaré a aquellos que tienen práctica, la operación de la piedra." A pesar de las controversias filológicas que respecto a la estricta significación del vocablo griego usado por Hipócrates se han levantado tratando de determinar unas que se referían exclusivamente a la litotomía y otras que dicha palabra abarcaba conjuntamente con aquella operación la castración queda firme el hecho que, en cualquiera acepción que se le de a la palabra, Hipócrates reconoce en esa frase, de un modo explícito, el respeto que merecen las especialidades en medicina. Si esos principios de ética se mantuvieran en nuestros días con toda esa pulcritud y energía, grandes serían los beneficios de eficiencia y progreso que alcanzaríamos. El ejercicio activo de nuestra carrera no permite ni por tiempo ni por preparación, abarcar extensas regiones de nuestro arte. Es verdaderamente imposible ser un pantíatra. No es que se trate de abolir al médico general, al práctico, (nuestra verdadera tropa de choque en el servicio médico) al cual muchos líderes modernos de la enseñanza estiman que es necesario cultivar y desarrollar, casi como si fuera una especialidad. Lo que se quiere sí, es inculcar que la división del trabajo que siempre lleva consigo el perfeccionamiento del mismo en las industrias, los negocios y en muchas actividades humanas, es también una realidad, una necesidad en la medicina. Es el único camino del éxito.

Más adelante dice: "En cualquier casa que entre obraré para utilidad del enfermo, lejos de toda aberración científica y de toda corrupción de mujeres y varones libres o esclavos." Conocedor de la ascendencia del médico, de la personalidad del mismo, de las características especiales del trato con los pacientes, de la intimidad de relaciones con los hogares que visita, quiso Hipócrates recalcar que toda desviación moral es más peligrosa y punible en el médico que en otras profesiones, porque aquel pudiera utilizar, valiéndose de su prestancia, situaciones de confianza, indigna y alevosamente.

En todas las profesiones, es necesario la honradez; pero la honradez exigida al médico es de una categoría especial; debe ser obligatoria, similar a la del sacerdote, de tan elevado nivel, que lleve consigo la idea de servicio, hasta el mismo sacrificio de exponer la vida, por salvar la del semejante.

Nótese que en la primera parte de este

mismo enunciado dice "Lejos de toda aberración científica", lo cual impone al médico el deber de no considerar al enfermo como sujeto para ser sometido a experiencias peligrosas y útil solo para obtener comprobaciones científicas o para servirle sencillamente de práctica, como si se tratara de un conejillo de India, más, en el campo clínico.

Nunca más adecuado el precepto de que no hagas a tus semejantes lo que no quisieras que te hicieran a ti.

El siguiente inciso del juramento dice así:

"Y lo que yo viere y oyere en el tratamiento de los enfermos y fuera de el y en la vida de los hombres, que no se deba decir, lo guardaré en silencio y lo consideraré como un secreto."

He ahí el concepto más antiguo sobre el deber médico del secreto. Decimos deber y no derecho porque el juramento en todas sus premisas, es prohibición y sacrificio. La observancia y defensa de ese deber, acarreará al médico sensibles molestias, dolores morales y mucho esfuerzo de voluntad, si trata de cumplirlo en toda amplitud. El médico que se conformase a obedecer solamente lo que prescribe la Ley en lo que atañe al secreto médico, no llenaría sino imperfectamente sus deberes. Por encima de la letra fría del decreto, existe una conciencia individual y pública, viva, que obliga más que la propia Ley. En realidad, la obligación moral del secreto es mucho más clara que la legal. La iniciación del médico en todas las intimidades individuales de la vida familiar, el derecho de buscar en esta misma vida, honorable o no, lo que pueda ser útil, para el diagnóstico y tratamiento, constituyen una posición de confianza, cuyo alcance no se puede limitar. El juramento bien claro dice "no exteriorizar aquello que no deba publicarse o referirse", porque, en realidad, la interpretación del juramento debe dejarse al juicio y delicadeza del médico. En realidad este precepto de Hipócrates va más bien dirigido a esas personas que sufren la intemperancia de la lengua y no pueden callar palabra.

A esa voz de Hipócrates pronunciando esa sentencia del secreto que suena en la inconmensurable altura milenaria de los años transcurridos, responde como un eco la voz doctoral de un discípulo preclaro y predilecto de nuestros días, Marañón, que declara que nadie puede impugnar el deber de los médicos de guardar rigurosamente el secreto de las dolencias orgánicas de sus pacientes.

¡Qué material más valioso obtendría la pluma de un dramaturgo para enriquecer con argumentos impresionantes sus producciones, si la mojara en la tinta gris y a veces roja que baña el agobiante y en ocasiones delictuoso ambiente del secreto médico!

La *Imprecación* expresada en las siguientes palabras: "Si guardo concienzudamente este juramento y no lo quebranto en nada, quépame en suerte la dicha y la salud, en la vida y en el arte, estimado siempre por todos los hombres; más si obrare contra este juramento y fuere perjuro, venga sobre mi lo contrario", traduce la sublimación del alma, que acepta y pide el castigo que la fuerza sobrenatural de los Dioses en que ella cree puede impartir, con la misma solemnidad, con el mismo estado de ánimo, con que, puesta la fe en esos mismos Dioses, pide su concurso en la invocación.

Como hemos dicho anteriormente, se destaca en el juramento de Hipócrates, el hecho de que todos los enunciados son prohibiciones. La única afirmación, la única promesa positiva, está en un pequeño inciso que dice "guardaré pura y santa mi vida y mi arte."

Alcaloide de la ética, síntesis de toda la obra moral del Juramento de Hipócrates, son esas brevísimas palabras. Ellas condensan el espíritu de las tablas de Cos. Si la vida y la profesión la guardamos pura y santa, todas las demás intenciones deontológicas, están comprendidas en este modesto y sublime postulado.

Terminamos el análisis, y por él podemos darnos cuenta, que el juramento es por la belleza de su forma y por la elevación, de las ideas que encierra, una de las piezas más preciosas de la literatura griega. Es el documento más antiguo y más venerable de la familia de los Asclepiades. Es el código de ética profesional más completo, real y efectivo, desde el comienzo de la época histórica de la humanidad. Probablemente era una fórmula perpetuada por la tradición desde hacía muchos años, pero Hipócrates la recogió y la corrigió y redactó en la forma tal que hoy la poseemos. Las autoridades más grandes y las pruebas más irrecusables se alzan en favor de su autenticidad.

Ese documento queda registrado, como el credo médico, en los anales de la historia, y perdura, gravado con el buril de recuerdo, en el corazón de los que supieron y saben sentir, admirar y comprender a un genio tal. Esas palabras, esos principios, martillan permanentemente en nuestro entendimiento y clavan en la cruz de nuestros sacrificios, esas ideas de amor y de deber.

El segundo libro de este mismo orden es la "Ley Médica", de la que puedo ofrecer a la consideración de ustedes, un resumen traducido del latín de la obra "Opera Omnia" de Van der Linder.

La palabra usada por Hipócrates *Nomos* no significa ley tal como la entienden los jurisconsultos. El contenido de este pequeño documento por ello no responde a su título siendo en ese sentido más bien que una ley un preámbulo de la misma.

Nomos tiene gran número de acepciones, siendo la principal, la que le asigna el significado de conjunto de preceptos, según los cuales el individuo se forma en la ciencia o en el arte.

Por eso la *Ley Médica* ha sido colocada por Eratien, entre los libros de Hipócrates como una introducción al arte médico. Introducción verdaderamente apropiada y luminosa inigualable.

El párrafo primero dice: "El candidato es preciso que reuna en primer término disposiciones naturales puesto que cuando la naturaleza resiste, todo esfuerzo resulta en vano."

Párrafo segundo dice: "Lo que se observa en el cultivo de las plantas se puede aplicar igualmente al estudio de la medicina. Nuestra naturaleza es el suelo, el precepto del maestro, es la semilla, el estudio comenzado desde la juventud recuerda la estación en la cual la semilla debe ser confiada a la tierra. La permanencia en un sitio favorable a la enseñanza es el aire que nutre las plantas que la rodean, y la asiduidad al estudio es el laboreo. En fin, el tiempo fortifica todas estas cosas para llevarla a la perfecta madurez."

Párrafo tercero, cuarto y quinto dicen: (Traducidos libremente) "Después de la aportación de todos estos requisitos al estudio de la medicina y luego de haber adquirido dominio profundo de ella, recorreremos pueblos y ciudades como reputados galenos, en la plenitud de la realidad y de la fama. Pero dentro de esa realidad y ante la opinión, la impericia ha probado ser precario tesoro y caudal infecundo para sus poseedores, a la vez que fuente poluta de timidez y audacia. La timidez no revela sino complejo de limitaciones, la audacia, ausencia de idoneidad y destreza. En verdad, existen dos cualidades: el co-

nocimiento y la opinión. La primera hace de su poseedor, un sabio; la segunda hace de su expositor un ignorante."

"El conocimiento de lo sagrado hay que impartirlo a personas consagradas. No es lícito impartirlo a profanos hasta tanto se inicien en los arcanos de la ciencia."

El tercero y cuarto libro de esta serie lo son "La Decencia" y "El Médico", cuya traducción libre y condensada, puede expresarse así:

"La ordenación profesional de su carrera, es uno de los pasos esenciales, básicos, del médico. En el oficio de su sacerdocio, precisa iniciarse en recinto organizado, soleado, nítido. Su proceder debe transpirar el perfume suave y atrayente de la modestia. Su comportamiento individual y profesional debe ser ánfora pletórica de costumbres buenas y honestas. Su afán noble, altruista, debiera ser la conservación en lo posible del pleno vigor físico y espiritual, para en todo momento mostrarse vigilante y dispuesto en cuerpo y alma, al perpetuo socorro de la humanidad doliente. Debe esquivar el rumbo de la pereza que destruye y desorienta. Debe buscar siempre el derrotero rectilíneo de la sabiduría. La Medicina es campo fecundo para todo fruto de la Sabiduría, pues la Medicina es vivero fértil de estudios profundos y enaltecedores del hombre, despliegue de la tolerancia, del buen juicio, de la abnegación, atributos que unidos al ejercicio sagrado, devoto y discreto de su vocación, hacen del médico, el mortal más cercano a la preeminencia divina. El médico, por fuerza de su íntimo consorcio con el dolor y la tragedia humana, no puede sustraerse a una idiosincracia meditabunda, parsimoniosa; pero debe reir con aquella sonrisa de esperanza que anhela y conforta al paciente, y debe también hablar con aquella conversación sobria y virtuosa, al paciente que anhela y requiere la sinceridad científica en el sufrimiento.

Nimbado el médico por esas hermosas y relucientes virtudes, su travesía por el proceloso mar del dolor y del infortunio ajenos, no podrá menos que dejar una estela radiante de cariño respetuoso, de admiración indeleble y de santa veneración a su persona y a su recuerdo."

Es de dudar que pueda escribirse hoy en día una página más hermosa y práctica sobre consejos al médico que la que antecede.

El libro quinto lo constituye el denominado "Preceptos" y sus párrafos más sobresalientes son los que siguen:

"Suplico que evitéis toda codicia en la remuneración y que seais munificentes.

No tengáis a menos curar gratis, que la gratitud y estimación de ese cliente reconocido labrará honra a vuestra memoria.

Ayudad, siempre que se os presente la ocasión, al peregrino y al forastero de modo especial.

Tened interés especial con los enfermos, porque cuando ellos se den cuenta de nuestra preocupación por ellos al serle restituída la salud, se ufanan de haberlo sido por la paciencia y asiduidad del médico.

Es laudable curar a los enfermos, por lo que el don de la salud vale, y atender también a los sanos para evitar que caigan enfermos.

El cuidado de los sanos representa el ejercicio más honorífico y benéfico de la profesión.

Aquellos que se encuentren degradados en los últimos peldaños del arte médico no podrán apreciar lo dicho, porque los de moral baja, sin iniciarse en estos preceptos, cuando son exaltados abrupta e intensamente en la práctica médica, se parasitan en algunos ricos para resolver sus problemas económicos y siguen resbalando hasta llegar a lo peor.

No es indecoroso sino por el contrario, motivo de aprecio y alabanza, el médico que en presencia de algo obscuro e incomprensible, llama otro compañero para de común acuerdo, inquirir, estudiar y llegar a conocer lo que tiene el paciente, lo más pronto posible, porque de la prolongación y agravamiento de la enfermedad, pueden escaparse muchas cosas por falta de consejos. Porque nunca yo solo llego a discernir y abarcar todo lo que arte puede enseñar.

Nunca conviene disputar entre los médicos afirmando o desmintiendo con palabras groseras, y puede jurarse que será imbécil decir que el razonamiento de un médico nunca podrá envidiar al de otro."

Un Padre, un hermano carnal, no podría brindar consejos mejor intencionados que los que prodiga en este libro Hipócrates tratando de infiltrar, en el médico, rectitud, bondad y facilidades para el éxito.

El libro sexto de este grupo lo es el denominado "De la Medicina Antigua". En esta obra en donde por vez primera se trata de la Historia de la Medicina pueden leerse comentarios como el que sigue:

"La Medicina ha largo tiempo cuenta con sus propios medios. Ha descubierto un principio y un método, a través de los cuales y en no corto plazo, muchos y excelentes han sido los resultados logrados, hasta tanto se arribe al descubrimiento maduro, si es que adornan al investigador las cualidades de la capacidad suficiente, el íntimo conocimiento de los descubrimientos ya realizados y el ánimo de tomar esos mismos descubrimientos como punto de partida para sus nuevas investigaciones.

"Tengo para mi que a un gran número de facultativos médicos ocurre lo que al piloto inexperto: mientras navega en tiempos de bonanza, pasan inadvertidas sus equivocaciones; pero cuando el estallido de la tormenta le sorprende con las violentas furias de sus vientos huracanados, entonces la tripulación viene en conocimiento de que pierden la nave por la ignorancia y la inexperiencia. Así sucede con los médicos impreparados: mientras tratan dolencias sencillas en las que por lo general no hacen mella importante los más crasos desaciertos (y estos sí que constituyen males frecuentes, más frecuentes aún que las enfermedades serias), permanecerán cubiertos para el público profano los verdaderos contornos de su impericia profesional; pero sí a ellos toca afrontar el peligro inminente, la violencia y la severidad de un sufrimiento físico entonces es que el cúmulo de errores y la carencia de habilidad o destreza, quedarán manifiestamente revelados para todos."

Justo simil que por la sabiduría que encierra invita a profunda meditación.

Como se vé por todo lo expuesto, exhibe Hipócrates en sus escritos, en sus enseñanzas y en su conductividad en la vida, una actitud moral, que por su elegancia y esbeltez de miras, resulta verdaderamente subyugadora.

La medicina capta de sus obras toda la inspiración ética suprema de su doctrina. La enciclopedia médica hipocrática constituye en realidad, un tratado completo de los deberes; "El Juramento"; "La Ley Médica"; "Los Preceptos"; "Del Médico"; "De la Decencia"; "Medicina Antigua" contienen todos los enunciados del más amplio y exigente código de ética con la fuerza compulsoria dimanada del carácter de su autor, de aquel oficiante del altar del Hércules griego.

Aunque Jeremías Bentham en su obra "La Ciencia de la Moral" publicada en Londres en 1834, creó la palabra Deontología, fué Hipócrates quien realmente puso las bases de esta ciencia en el aspecto médico. En ninguna ocasión mejor que la presente cabe aplicar el dicho que "el nom-

bre no hace la cosa". Sin llamarla Deontologia creó Hipócrates la ciencia del deber médico, y fué así el primero y más grande Deontólogo médico del universo.

Yo no creo que tenga necesidad de definir lo que es el deber, porque el deber está innato en nosotros, como el existir, que no necesita definición. Es un axioma de la conciencia. Yo no sé si asienta en la razón o en el sentimiento; paréceme que en ésta última. Sabemos que la actuación humana dirigida por un cerebro nutrido exclusivamente por instrucción que va hipertrofiándose de tal manera que se sale del terreno fisiológico para entrar en el patológico y servir de substratum a una mentalidad neoplásica que caquectiza la individualidad secando el Corazón, no es higidez, no es realidad biológica,ni fisiológica ni patológicamente es verdad que el individuo sea solo cerebro o corazón. En realidad, es ambas cosas: pensamiento y sentimiento. Existen cosas que cerebralmente por deducciones de la razón son lógicas, factibles, hacederas y determinarían quizás lo que llamamos progreso material, pero que el corazón repugna, que el corazón prohibe, y que el sentimiento condena. El corazón manda y como dijo Pascal, el corazón tiene también sus razones que la razón ignora.

Basta penetrar en el interior de la conciencia humana para encontrar la luz que disipa la pavura de la indecisión e ilumina el juicio definitivo de lo que es equitativo y de lo que es injusto, indiferentemente de sitios y épocas.

La historia está abarrotada de ejemplos y nuestros días en una cadena interminable y perenne de los mismos. El deber, decía Cruveilhier, en sus discursos de recepción en la Academia de la Medicina, *es el honor*, es la vida moral del individuo y de las sociedades, que languidece en cuanto aquel se debilita y desaparece, cuando aquel se acaba.

El deber del médico es muy amplio y tiene múltiples facetas, por ello Hipócrates no se satisfizo con los *deberes de oficium* exclusivamente, encastillándose en la torre de marfil de la práctica privada y tuvo buen cuidado de no olvidar el cumplimiento de los deberes públicos los cuales cultivó con todo esmero y pulcritud.

Rindió el tiempo, la energía y el sacrificio que merecen las obligaciones civiles y sobre todo patrióticas hasta tal punto que el Senado Ateniense promulgó un decreto a su favor que se ha hecho histórico y cuya letra reza como sigue:

FUE VISTO Y DECRETADO POR EL SENADO Y EL PUEBLO DE LOS ATENIENSES.
SUPUESTO que Hipócrates, médico de Cos, descendiente de Esculapio,
MOSTRO el mayor interés, desprendimiento y benevolencia para con los griegos, cuando la peste pasó de los Bárbaros a Grecia.
ENVIO a los lugares atacados a sus discípulos,
PROVEYO los medicamentos apropiados,
DOMINO la peste,
DEVOLVIO la salud al pueblo griego,
PUSO en conocimiento de todos sus escritos completos del arte médico entregándolos para aquellos que quisieron ser médicos,
RECHAZO las ofertas de riqueza y honores nobiliarios que le ofreciera el rey de los Persas para curar la peste que diezmaba los ejércitos por ser enemigo común de los griegos.
POR TODO LO CUAL,
EL PUEBLO ateniense que siempre veló por los intereses de los griegos, dá a Hipócrates las gracias merecidísimas por tantos beneficios prodigados y

ACUERDA: que el pueblo inicie a Hipócrates públicamente en los grandes misterios de Eleusis como Hércules, hijo de Júpiter,
QUE SE LE CORONE con la corona de oro de los mil matices dorados,
QUE SE LE PROCLAME ESTA CORONACION, por pregonero en el certamen de los gladiadores durante los 4 días de los (Quinquatris)[1] que duran las grandes fiestas de Minerva,
PERMITIR POR GRACIAS especiales a Hipócrates que todos los hijos de padres libres de la Isla de Cos entren en la juventud de Atenas como hijos de los padres libres de los atenienses porque la patria de ellos, Cos, engendró tan preclaro varón,
FINALMENTE que todo que necesite Hipócrates durante su vida se proveerá en el Prytaneo.[2]

¡Cómo conmueve nuestro ánimo la lectura del anterior decreto inspirado por tanta nobleza y gratitud, hermoso reconocimiento al médico infatigable, cumplidor estricto de sus deberes cívicos!

La personalidad de Hipócrates es tan poderosa que debido a su influencia consigue para sus conciudadanos de Cos, gracias a esos méritos, la incorporación a Grecia, que no pudo conseguirse por medio alguno anterior, y es que las conquistas científicas son las que abren el camino para las ulteriores políticas y de gobierno.

Otra de las demostraciones de la inteligencia de Hipócrates, del dominio de su arte, la constituye la correspondencia cruzada entre él y de otra parte el Senado y pueblo de los abderitas en relación con la enfermedad de Demócrito, correspondencia en la cual en feliz maridaje viven los deberes médicos con los cívicos:

Extractada suscitamente la ponemos a la consideración de ustedes:

El Senado y el pueblo de los abderitas se dirigen a Hipócrates porque la salud del varón por excelencia, Demócrito el filósofo, está en peligro y con ello también la ciudad. Le dicen que está enfermo de la mente y existe el temor que si Demócrito se viese privado de la razón nuestra ciudad se arruinaría. Le refieren que Demócrito se olvida de todo y lo primero de si mismo. Está despierto casi toda la noche, y se ríe de todo lo acaecido, aún de cosas que para los demás son motivo de tristeza o alegría. Está investigando continuamente. Escribe cosas como esta: de ídolos está lleno el ambiente. Explora con oidos atentos, y dice que adelanta en el estudio de la inmensidad. Vive consumiéndose el cuerpo juntamente con el cerebro. Por eso estamos preocupados, Hipócrates. Le ruegan que venga pronto, que con ello conseguirá gloria, riquezas y fama doctrinal, aunque saben que para él es más importante lo de la doctrina que lo del dinero. Ven pronto para curar este varón y curarás, repiten, no solo al varón, sinó a la ciudad, porque él lo es todo." "Te esperamos, oh! Hipócrates", "no solo una ciudad noble sinó toda la Grecia te ruega que conserves el cuerpo de la sabiduría," y terminan volviéndole a rogar en nombre de Hércules; de quien proviene también Abderas del cual lleva el nombre de la ciudad. Hipócrates contesta al senado y al pueblo de los abderitas. Se admira de que por un hombre estuvieran tan turbados como si se tratara de la misma ciudad. Considera felices a los pueblos, que conocen que sus fortalezas, no son las torres ni los muros, sinó los buenos ciudadanos y la sabiduría y consejo de los varones preclaros. "Yo creo, dice Hipócrates, que las artes

1 Quinquatris—Se refiere a las fiestas de Minerva, que se celebraban el 19 de marzo en honra de su nacimiento que duraban cinco días, en el primero de los cuales se hacían los sacrificios y en los siguientes combatían los gladiadores en el teatro.

2 Prytaneo—paraje en la ciudad de Atenas donde tenían sus asambleas los magistrados y donde se mantenía a costa del erario público a los sujetos beneméritos de la república.

son dones de los dioses y los hombres obra de la naturaleza, y pienso que no sois vosotros sino la misma naturaleza la que me llama, para conservar una obra suya que peligra por motivo de enfermedad. Obediente a los Dioses y a la naturaleza antes que a vosotros (sin que esto lo toméis a desaire, varones abderitas) celebraré sanar a Demócrito, si es verdad que está enfermo, y no se trata de un error por parte vuestra, que es lo que deseo. Ojalá que la sospecha de la enfermedad de Demócrito no haya sido otra cosa que una equivocación motivada por vuestro exceso de cariño y benevolencia por tan eximio varón. Ni la naturaleza ni los Dioses podrán prometerme oro, por lo cual tampoco vosotros varones abderitas, lo hagáis pues las artes liberales también os dicen que las obras son liberales. Los que por otra parte reciben mercedes obligan a las ciencias al servilismo, y hacen a las mismas esclavas desde el primer momento. Miserable es por tanto la vida humana, puesto que la intolerable avaricia se desbordó y penetró todos los actos de la existencia con viento invernal. Yo pienso que todas las enfermedades del alma son falta de juicio, que transportan ciertas opiniones e imaginaciones a la razón. Si yo hubiera querido enriquecerme, varones abderitas, no iría a vosotros por 10 talentos, sinó que habría accedido a los deseos del gran rey de Persia, donde todas las ciudades repletas de riquezas me ofrecerían espléndidas remuneraciones si se curaba la peste de las mismas y yo, a pesar de todo, desprecio a los Bárbaros. Habría tenido como ignominia las mismas riquezas del Rey, y la opulencia de los donativos de los enemigos de mi patria. Rechazé todas estas cosas ya que él es el desvastador de las ciudades de Grecia. No hay que buscar las riquezas donde quiera sin tener en cuenta como se obtenga. Grandes son los intereses sagrados de la virtud que no se ocultan a la justicia, sinó que se ofrecen manifiesto o explicadamente, sabed pues que no recibo frutos de las enfermedades. He oído con sentimiento que Demócrito está trastornado de la mente. El que está sano es amigo; si enferma, una vez curado, será más amigo. Tomo nota de que Demócrito está dotado de sólidas costumbres y es ornato cívico de nuestra ciudad."

En carta poética que envía Hipócrates a Filipomeno, se expresa así:

"Pensando acerca de Demócrito, mientras dormía, la noche anterior tuve un sueño y entre otras cosas del mismo refiere lo siguiente: "Al dar una vuelta veo una mujer hermosa, sencillamente adornada, espléndida, salía de sus ojos una luz pura como si fuera el fulgor de las estrellas. Esta mujer me tomó de la mano y me condujo o guió con paso lento y gran amabilidad por la ciudad. Y cuando ya estábamos cerca de la casa en que yo creía había de hospedarme, desapareció como un espectro, diciéndome: Mañana te encontraré con Demócrito.

Cuando de nuevo retornó dije: Te ruego me digas mujer excelsa, ¿quién eres y como he de llamarte? *La verdad*, contestó ella. Además la que ves que se acerca (y de repente otra se me apareció), no parece mala, pero es de aspecto más audaz e instigador: y dijo que se llamaba, La opinión, y que habitaba entre los abderitas. Cuando desperté del sueño, traté yo mismo de interpretarle, y llegué a la conclusión de que Demócrito no necesitaría de médico! La verdad, por la que Demócrito está en su juicio, la verdad, permanece con él. La opinión (o el error), por la cual Demócrito está enfermo, habita con los abderitas." Manera verdaderamente hábil, disimulada y luminosa de decir que los que estaban locos eran los abderitas que no entendían la filosofía de Demócrito.

La devoción patriótica de Hipócrates se evidencia señaladamente en el siguiente epistolario cruzado entre él y Artajerjes.

La primera carta es del Rey de los Reyes, el Gran Artajerjes al Prefecto. "Le comunica que una enfermedad que se dice pestilente invade a los ejércitos, que han hecho lo posible para remediarlo, pero que no cede y por tanto le suplica su cooperación."

La segunda carta es del Prefecto al Rey, en la que le expone "que los auxilios naturales no solucionan el contagio del pueblo por la enfermedad pestilente; porque las enfermedades que se originan en la naturaleza que hace función de juez, ella, las sana. Pero las que se originan por el contagio entre el pueblo, el arte las cura, juzgando científicamente los cambios de los cuerpos. Hipócrates cura este mal."

Entonces dice "que Hipócrates es dorense, de la ciudad de Cos, cuyo padre era Heráclides, hijo de Hipócrates y sigue con la geneología. Este (Hipócrates) está dotado de naturaleza divina (en cuanto que tanto por parte del padre como de la madre procede de los dioses) y elevó a la medicina de poca cosa y vulgar que era, a cosa grande y científica."

"Aprendió la medicina de su padre Heráclides y de su abuelo Hipócrates. Fué iniciado por ellos, pero la totalidad de su arte él mismo la consiguió. Dotado de naturaleza divina sobrepasó a sus progenitores, por el ingenio y por la excelencia de su arte les superó también. Curó las enfermedades comunes y aún las malignas y raras, dispersas por gran parte de la tierra y del mar. Por esto consiguió honores divinos y en los mismos templos con Hércules y Esculapio fué dignificado por los Atenienses. Envía a llamarle y manda darle cuanto quisiera de plata y oro. Conoce no solo un modo de curar esta enfermedad. El es el padre de la salud, él es el salvador y curador de los dolores. En suma, él es el príncipe de esta divina ciencia."

Entonces el Rey escribió a Hyspanes, prefecto de Helesponto, para "que procurara a Hipócrates y le ofreciera todo cuanto pidiera y además que sería igual a los nobles Persas..."

Hystanes, prefecto de Helesponto a Hipócrates, descendiente de Asclepiades. (traducción literal) "El gran rey Artajerjes te necesita, y envió a nosotros los prefectos, ordenando darte plata, oro y lo demás que necesites o cualquier cosa que quisieres, y contestarle a la mayor brevedad. Tu habrás de ser igual a los nobles Persas. Ven lo antes posible."

Hipócrates médico a Hystanes, prefecto de Helesponto (traducción literal) "A la carta que me enviaste, ofreciendo por el rey ir allá remite al rey, lo que digo, escribiendo lo antes posible; Que disfruto de comida, vestido, casa y de todas las comodidades suficientes para la vida. No me es lícito usar de las riquezas de los Persas, ni librar a los hombres bárbaros de las enfermedades, porque ellos son enemigos de los Griegos."

Al Rey de los reyes, mi gran señor Artajerjes, Hystanes, prefecto de Helesponte. (Traducción literal) "La carta que me enviaste, ordenándome la enviara a Hipócrates descendiente de Esculapio, la envié a Cos, pero recibí la contestación de él que se me trajo en escrito y ordené retrasmitirla a tu casa. Y así el dador y nuncio Gymnasben Dietychen te envié."

El Rey de los reyes, Artajerjes, a los de Cos dice lo siguiente: (traducción literal) "Entregad a mis enviados a Hipócrates, médico sobresaliente en las malignas enfermedades, el cual actuó petulantemente respecto a mi y a los persas. Si así no lo hacéis, sabed que os he de dar la pena del primer pecado (la muerte). Porque vuestra ciudad será devastada y la isla des-

truída, la arrojaré al profundo del mar, para que en el futuro nadie sepa en qué lugar estuvieron la isla o la ciudad de Cos."

Respuesta de los de Cos. (traducción literal) Place al pueblo responder así a los nuncios enviados por Artajerjes. Los de Cos no harán nada indigno de Merope, ni de Hércules, ni de Esculapio. Por lo cual todos los ciudadanos no os entregarán a Hipócrates aunque perecieran con pésima muerte; porque cuando Darío y Jerjes escribieron carta y pidieron de nuestros padres la tierra y el mar, el pueblo no se los dió cuando vieron que los mismos salteadores eran mortales como los otros hombres. Y ahora da la misma respuesta. Sabed de los de Cos; que no entregan en vuestras manos Hipócrates. Los mismos nuncios denunciadle esto así, porque los dioses de nosotros no estarán negligentes."

Echad una ojeada sobre el mapa de la geografía antigua y contemplad la inmensidad de territorio que constituía el imperio de los Persas y de los Medas que llegaba desde la Turquía hasta la India. Repasad la forma omnimada de gobierno de aquellos emperadores y ante aquella orgía de grandeza y de poder, meditad que entereza representa la determinación de Hipócrates de no servir al Rey por salvar a su patria.

En las controversias que este pasaje histórico ha originado respecto a la desconsideración de Hipócrates de no rendir ese servicio al extranjero hay que tener presente que el extranjero a quien no quería servir Hipócrates era precisamente al numeroso ejército Persa adiestrado y concentrado en la Iliria principalmente con el propósito de invadir a su país, la Grecia, y obtener la victoria precisamente fundándose en la abundancia de soldados. Si Hipócrates hubiera salvado ese ejército, Grecia hubiera sido la esclava prontamente de Artajerjes.

Pero la exaltación patriótica sin límites de Hipócrates tiene lugar caundo los atenienses esclavizan a su País. El relato de cuyos hechos exponemos concisamente a continuación.

Cuando el hijo de Hipócrates, Thesalius pronunció su discurso en el Senado ateniense dando las gracias por el decreto otorgado a su padre dijo lo siguiente:

"Cuando enviasteis Alcibiades a Sicilia con un poderoso ejército admirablemente equipado y necesitásteis de un médico que dirigiera la parte sanitaria del mismo, mi Padre se adelantó y prometió enviar a su hijo, y me envió a mi, para atenderos, sufragando él todos los gastos y sin pediros compensación alguna por todo el tiempo que la escuadra y el ejército estuvieron fuera. Conforme a las instrucciones de mi Padre hice el mayor esfuerzo de voluntad para responder a sus deseos, me adapté a las fluctuaciones de la suerte, sufrí en el mar, en las tierras enemigas, en los campos de batalla y allí dondequiera que hubo dolores que calmar y desgracias que atender, en medio de las penalidades inherentes a la carrera de las armas, ejercité mi deber como médico y como patriota, recordando siempre a mi Padre y recordándoos también a vosotros; Testigos de lo que digo, sois vosotros mismos, durante los tres años que presté tales servicios."

Más si algún día por motivos estratégicos tuviéseis que apoderaros de la Isla de Cos, patria de mi padre y mía también, os advierto con toda claridad que entonces espero de vosotros que guardaréis con sus habitantes las consideraciones que merecen por su historia y por su comportamiento, y principalmente por los beneficios que Grecia recibió de mi padre.

En conformidad con lo previsto llegó un día en el que los atenienses se apoderaron de Cos y no guardaron con los habitantes ni con sus ideologías las consideraciones

que merecían y entonces Hipócrates se presenta ante los moradores de Thesalia, donde residía y le pide que tomen las armas contra los atenienses y apresten a defender la Isla de Cos para que sus habitantes no pasen a ser esclavos.

De ahí nació la célebre oración de Hipócrates ante el altar, que pronunciara aquel vivamente emocionado ante el pueblo, exclamando: "¡Oh habitantes de Thesalia, pesa sobre vuestros hombros en estos momentos un amargo deber al dar cumplimiento a lo que ha sido establecido por Oráculos. Cuando no se respetan los derechos legalmente, la fuerza los restituye. Por eso ahora, acompañado de los míos y ofrendando todos mis laureles alcanzados, me coloco suplicante ante el altar de Minerva. Quien soy conviene decirlo, para los que lo ignoran. Soy Hipócrates ¡oh varones! médico de Cos. Os encomiendo a mis hijos y a mi mismo que luchamos por noble y elevada causa. Me conocéis ¡oh pueblo, porque vosotros sois para mi, familiares! Entre muchos de vosotros y en muchas de vuestras ciudades, soy bien conocido y mi nombre caminó felizmente mucho más allá que mi persona, debido a mi comportamiento y mi arte de curar, fuí conocido, no solo de los hombres que habitan vuestra región, sinó también por todos los Griegos, vecinos vuestros. Ahora bien, el motivo que me trae aquí lo constituye una importante misión; os la referiré. Los Atenienses desvastan nuestra metrópolis y nuestra patria, Cos, obligando a la servidumbre y a la esclavitud a nuestros hombres libres. No respetan los derechos de los progenitores que los engendraron, no reverencian el parentezco con Apolo y Hércules, que nos envió a su hijo Enus. No recuerdan los beneficios recibidos de Hércules, Dios benefactor. Vosotros por Júpiter a quien debéis rogar y en quien debéis confiar, por todos los Dioses fundadores de vuestro espíritu, corred, luchad, vindicad libertad a mi país, teniendo presente vuestras virtudes y no omitiendo ningún sacrificio que en estos momentos pueda llevaros hasta la gloria."

En este paraje de su vida, es que verdaderamente se agiganta la figura de Hipócrates como patriota, renunciando a todos sus honores, a todas sus ventajas, alejándose del acomodaticio vivir y arriesgando su porvenir, no escatima sacrificio alguno en bien de la patria, porque para él, la patria es todo.

Con ese esfuerzo ciclopeo en el que expuso su existencia, consiguió mantener y conservar para su país, a despecho de su pequeñez, la bendita libertad.

* * *

Llegamos por fin al hito que marca el término de nuestra empresa, lindero con vuestra exhausta benevolencia.

Realmente debemos sentirnos satisfechos de este caminar en compañía de la historia, porque nada puede saciar más las ancias de la belleza, verdad y bondad que perennemente se agitan en el espíritu humano, como esa ciencia incomparable que con razón se ha designado como la madre de todas las ciencias.

Hemos recorrido un rincón florido y atrayente de esa aristocracia de la ciencia, la historia, rincón situado en la tierra realmente progenitora de las civilizaciones modernas; La Grecia inmortal. Allí en el mantillo feraz del saber humano, contemplamos cuan hondo hinca su raíz la medicina para extraer los elementos profundos de enseñanza que constituyen la savia del Corpus Hippocraticum, genial destilación del poderoso cerebro de Hipócrates el Magno, que aún nutre y desarrolla la doctrina, la práctica y la ética, del arte y de la ciencia médica de nuestros días.

En mi humilde opinión la característica esencial del Hipocratismo no está precisa-

mente en la teoría humoral remozada en nuestras cátedras con aires de modernismo, sinó en el espíritu sintético del concepto médico, tan necesario hoy en día como entonces para elevar la medicina de sencillo arte a elevada ciencia.

La medicina en su parte científica merodea por los terrenos de la biología y de las múltiples ciencias auxiliares, mientras que en lo específico y característico, o sea en lo clínico y en lo terapéutico, se ha dedicado en los últimos años a una frenética y desesperada carrera en el campo exclusivo del análisis.

El análisis es una función cerebral, cómoda y sencilla, a veces colindante con la curiosidad y hasta en ocasiones rutinaria.

El análisis ha sido tan profuso, tan diverso, tan diseminado, que es inabarcable.

Precisa pues un Hipócrates moderno que como él recoja todo el análisis anterior realizado y el suyo propio y en uno de esos gestos incomparables de los genios, apriete los datos entre los neuronas de su cerebro y nos los devuelva unidos, compactos y regidos por leyes determinadas y causales.

Ese espíritu analista extremado lo observamos hasta en la práctica de nuestros hospitales, donde el médico poco dispuesto a esa gimnasia sintética del cerebro, encuentra más cómodo señalar en el historial clínico una serie de síndrome y lesiones enumeradas sin concatenación etiológica que los funda en una sola unidad. El enfermo, no es una colección de síntomas, es una entidad etiológica.

Para realizar esa síntesis no se necesitan grandes instrumentos. Hipócrates no tuvo más que dos, la observación y la inteligencia, instrumentos que parecen tratan de embotar las enseñanzas dogmáticas de nuestras universidades modernas.

La idea homeopática moderna es la que más se asemeja a la idea original de Hipócrates, cuando Paracelsus y Sydenham hablan posteriormente, nos parece oir la voz del mismo Hipócrates. Virchow tiene puntos de vista peculiares dirigidos hacia la homeopatía, que más bien parecen dirigidos hacia el mismo Hipócrates.

Bier en 1903, en su libro "Hiperemia como Terapéutica", entra de nuevo francamente en el campo neo-hipocrático y entra con paso más firme y más afortunado que cuando se inició este movimiento cien años atrás.

Hipócrates, siendo médico brillante y genial, no olvidó las otras disciplinas del espíritu. Una figura tan destacada médicamente, no eclipsó con el brillo profesional su personalidad moral. En ese terreno fué el fundador de la deontología médica, fué el héroe moral legendario de nuestro arte.

En medio del egoismo humano y de la indiferencia, surge con él una fuerza, una idea, que cual señera del deber, nos lleva por nítidos y seguros caminos a las cumbres de la ética.

Es verdad que el sacerdocio del deber que se impuso encontró para su ejercicio el más amplio ambiente liberal de la civilización Griega, en todo favorable, pues bien sabéis que el deber no puede cumplirse donde hay tiranías, el deber es flor de libertad.

Bien merece Hipócrates el lema que le impusieron sus comentadores "Hipócrates In Omnibus Admirabilis".

Así como los poetas leen a Homero y a Virgilio y los grandes oradores a Demóstenes y a Cicerón, no se concebirá que el médico olvidase a Hipócrates, el Homero de la Medicina.

La lectura de sus escritos hace erguirnos sobre la planicie anodina y monótona del adocenado vivir y remontar el vuelo de nuestra imaginación en alas de la fantasía hasta la fuente misma de la gran moral médica que salpica nuestras mejillas con la misma unción del acetre que imparte las

aspersiones del agua bendita y redentora de la bondad.

Su doctrina vigorosa y recia donde campea insojuzgable, la moral, es la estimulante herencia que nos anima a emularle, proveyéndonos de todas las virtudes.

Y quiero terminar, no con mi pluma, sinó con pluma ejena, y ésta quiero que la guíe el mismo Hipócrates, que en el tratado de los "Aires, Aguas y Lugares" esculpe mejor que escribe lo siguiente:

"El valor nace del ejercicio y la fatiga. Los Griegos deben ser por esta razón más a propósito para la guerra que los asiáticos, a lo cual contribuye también las leyes, que aquellos no reciben de un rey. Donde gobiernan déspotas necesariamente tiene que andar escaso el valor. Almas esclavas no deben exponerse con gusto al peligro sólo para aumentar el poder del Señor. Si, pues, entre ellos nace algún valiente, queda su energía reprimida por las leyes bajo las cuales tienen que vivir. Al contrario, aquellos que por sí mismos se dan leyes, que se aventuran a los peligros por su propia cuenta y provecho, lo hacen con placer, y soportan fácilmente el trabajo, porque deben participar de los frutos de la victoria. Es, pues, cierto que el libre y buen gobierno contribuye a engendrar el valor."

Palabras escritas hace más de dos mil años y que pudieran haberlo sido apropiadamente ayer, para estos momentos en que la ferocidad del tigre transmigra a un sector maligno de la humanidad y tiñe de sangre los campos de paz.

Y es que el alma nunca fenece, y las ideas, sus hijas inmortales, cuando son nobles, penetrantes y agudas, horadan las órbitas del pensamiento a través del tiempo y el espacio y prenden en las civilizaciones venideras en perenne floración.

Por eso, aún Hipócrates vive entre nosotros.

Give me health and a day and I will make the pomp of emperors ridiculous. *Ralph Waldo Emerson.*

There can be no such thing as chronic pulmonary tuberculosis without a first infection. However, it is not usually the first infection that is important — what matters most is the subsequent superinfections and reinfections which should be guarded against in the infected group. David Zachs, M. D., Jour. of School Health, June, 1942.

Do not forget that of all the countless remedies, rest, alone, has stood the test of time. Gerald B. Webb, M. D.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Febrero, 1943. Núm. 2

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes:

Directiva y Comite de Biblioteca

El día 13 de febrero reuniéronse conjuntamente la Directiva y el Comité de Biblioteca de nuestra Asociación, estando presentes los siguientes compañeros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. José Forastieri
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Rafael Timothée
Dr. Walter A. Glines

En esta reunión se trataron varios asuntos de interés general, muy especialmente el relacionado con la Biblioteca de la Asociación, para cuya organización los miembros del Comité de Biblioteca habrán de realizar las gestiones correspondientes.

En esta reunión el Presidente trajo nuevamente a discusión la posibilidad de que se cree en nuestra isla un Plan de Servicios Médicos, y reiteró su propósito de conocer la opinión de cada uno de los médicos en cuanto al mismo.

Comité Científico

Para el día 20 de febrero se convocó el Comité Científico para una reunión conjunta con miembros de la Directiva, habiendo concurrido únicamente los doctores Suárez, González Martínez, Pila y Oliveras Guerra.

Los miembros presentes en esta reunión consideraron las reglas propuestas para regir la concesión del premio al mejor trabajo científico que se realice en nuestra Isla por médicos residentes; pero no habiendo quorum se acordó posponer su aprobación final para una próxima ocasión.

Asociación Médica del Distrito de San Juan

Como informáramos en nuestra última edición, el día 29 de enero ppdo. se llevó a efecto en el edificio de la Asociación, bajo la presidencia del Dr. José Noya Benítez, la reunión anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

La parte científica del programa estuvo a cargo del Dr. C. S. Williamson, miembro de las fuerzas armadas destacadas en nuestro país, quien disertó sobre el siguiente tema:

"Choice of Anesthesia in Surgery of the Biliary Tract."

A continuación se procedió a la elección de los directores y delegados del Distrito para el año en curso, recayendo la elección en los compañeros siguientes:

Dr. José A. Seín — Presidente
Dr. M. Espinosa Robledo — Vice-pres.

Dr. G. Ruiz Cestero — Secretario
Dr. Félix Alfaro Díaz — Tesorero

Delegados

Dr. Enrique Koppisch
Dr. R. H. Señeriz
Dr. Jorge del Toro
Dr. F. Hernández Morales
Dr. José Picó
Dr. José Noya Benítez
Dr. Angel M. Marchand
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. José C. Ferrer
Dr. P. Morales Otero

ASOCIACIONES DE DISTRITO

El siguiente itinerario ha sido propuesto por la directiva de la Asociación Médica para la celebración de las asambleas de las sociedades de distrito:

Humacao — Marzo
Guayama — Abril
Aguadilla — Mayo
Mayagüez — Junio
Ponce — Septiembre
Arecibo — Octubre

El itinerario antes transcrito es para las reuniones científicas; las reuniones administrativas para la elección de nuevos directores, deberán celebrarse dentro del período de los primeros 120 días del año en curso, tal como lo especifica el reglamento de la Asociación.

Esperamos que los directores de las Asociaciones de Distrito lleven a efecto sus respectivas reuniones dentro del término fijado, de manera que para cuando empiece a prepararse el programa anual ya se hayan celebrado todas las asambleas de distrito.

Conferencia del Dr. Pittaluga:

El día 8 del mes en curso, y bajo los auspicios de nuestra Asociación, el distinguido médico visitante, Dr. Gustavo Pittaluga, dictó una interesante conferencia en el auditorium de la Escuela de Medicina Tropical, sobre el siguiente tema:

Estado actual del Diagnóstico y Tratamiento de las Hemopatías.

Una vez más demostró en esta ocasión, nuestro ilustre visitante, sus altas dotes de conferenciante y su amplio conocimiento del campo de la hematología.

El domingo 14, y en compañía de su distinguida esposa, regresó el Dr. Pittaluga a la vecina isla de Cuba, en cuya Escuela de Medicina habrá de desempeñar una cátedra, temporalmente.

Al reiterar desde estas páginas nuestro saludo cordial al eminente médico español, deseámosle el más lisonjero éxito durante su estadía en la república hermana.

Homenaje a la esposa del Dr. Pittaluga:

Por sugerencia de la Sra. María Javiera Benítez, esposa de nuestro querido amigo el Dr. Ramón M. Suárez, el Comité Auxiliar de Damas de la Asociación Médica de Puerto Rico, que preside nuestra distinguida amiga la señora Ana Inés Armstrong de Oliveras, tributó un merecido homenaje a la señora esposa del Dr. Gustavo Pittaluga, quien en unión de su distinguido esposo, pasó una breve temporada entre nosotros.

Uniéronse a dicho homenaje de admiración y simpatía las siguientes señoras:

Mrs. Ramón M. Suárez
Mrs. A. Oliveras Guerra
Mrs. Manuel de la Pila
Mrs. Luis M. Morales

Mrs. E. Martínez Rivera
Mrs. José N. Gándara
Mrs. J. R. González Flores
Dra. Elvira Rodríguez
Mrs. L. A. Balasquide
Mrs. J. R. Lanauze Rolón
Mrs. Pedro A. Castaing
Mrs. F. R. de Jesús
Mrs. Luis A. Passalacqua
Mrs. Jaime Costas Díaz
Mrs. Ramón Maldonado
Mrs. Osvaldo Goyco
Mrs. Agustín Pietri
Mrs. Luis Bartolomei
Mrs. Calixto Rodríguez
Mrs. Juan E. Clavell
Mrs. Leandro Santos
Mrs. Guillermo Acosta
Mrs. Miguel F. Godreau
Mrs. Alvaro Santaella
Mrs. E. Costas Purcell
Mrs. Luis C. Clavell
Mrs. William R. Gelpí
Mrs. Jaime Costas Díaz
Dra. Dolores Pérez Marchand
Mrs. Américo Oms
Mrs. Carlos A. Quilichini
Mrs. Luis A. Yordán
Dra. Catalina Scarano
Mrs. Fernando de Juan
Mrs. Juan Arruza Pérez
Mrs. V. Font Suárez
Mrs. Juan A. Pons
Mrs. Bartolomé Borrás
Mrs. J. H. Font
Mrs. Juan Sabater
Mrs. A. Rodríguez Olleros
Mrs. J. Noya Benítez
Mrs. Ramón Lavandero
Mrs. A. Vallecillo
Mrs. Pedro Orpi
Mrs. Miguel A. Mariani
Mrs. José S. Belaval
Mrs. Julio E. Colón
Mrs. David E. García
Mrs. José S. Plá
Mrs. Antonio Ortíz
Mrs. Jesús M. Quiñones
Mrs. A. Acosta Velarde
Mrs. M. Pujadas Díaz
Mrs. O. Costa Mandry
Mrs. F. Hernández Morales
Mrs. Eduardo Montilla
Mrs. Norberto A. Quiñones
Mrs. Agustín R. Laugier
Mrs. R. H. Señeriz
Mrs. José Menéndez
Mrs. A. Ramos Oller
Mrs. M. Pavía Fernández
Mrs. Guillermó Picó
Mrs. J. Sánchez Ferreri
Mrs. E. Fernández García
Mrs. Mario Juliá
Mrs. Américo Serra
Mrs. Guillermo Salazar

Dr. A. Navas Torres:

En fecha reciente embarcó hacia los Estados Unidos, a disfrutar de un merecido descanso, nuestro buen amigo y compañero, Dr. A. Navas Torres.

Un viaje feliz deseamos al estimado colega.

Dr. R. Rodríguez Ema:

Durante algún tiempo estuvo recluído en cama, víctima de pertinaz dolencia, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

En el momento en que redactamos esta nota el querido compañero se encuentra en franco período de convalescencia, cosa que nos alegra grandemente.

Compañeros que regresan:

Recientemente regresaron del Continen-

te, tras un viaje de estudios los compañeros cuyos nombres damos a continuación:

Dr. Jaime Vilá Morales
Dr. Rafael Maldonado
Dr. Ramón A. Ríos
Dr. Antonio R. Reyes
Dr. José B. Gotay

Reciban estos compañeros nuestro cordial saludo de bienvenida.

Auxilio Médico Mutuo

En el momento en que redactamos estas líneas el número total de compañeros que se han acogido al Plan de Auxilio Médico Mutuo asciende a 264. A la relación de miembros publicada en nuestras últimas dos ediciones, debemos agregar los nombres de los siguientes compañeros:

Dr. Jacob Flax
Dra. Josefina Guarch
Dr. Manuel Meléndez
Dr. Néstor de Cardona
Dr. Rafael Muñoz Vázquez
Dr. J. Polanco González
Dr. Pablo G. Curbelo
Dr. Antonio H. Susoni
Dr. Pascual A. Rivera Porrata
Dra. Dolores Pérez Marchand
Dr. Pedro A. Castaing
Dr. Tito Mattei Semidey
Dr. Francisco E. Mundo
Dr. José A. Iguina
Dr. Carlos González
Dr. A. Fernós Isern
Dr. J. M. Quiñones
Dr. M. Rodríguez Ema
Dra. Susana Igartúa
Dr. Kenneth Ramírez
Dr. Enrique Koppisch
Dr. Sabás Honoré
Dra. Catalina Scarano
Dr. Tomás Domínguez
Dr. J. Basora Defilló
Dr. Luis A. Bartolomei
Dr. Pedro Vargas Rosada
Dr. Rafael S. Vázquez
Dr. Juan A. Pons
Dr. Víctor Skerrett
Dr. Fernando Asencio
Dr. Roy J. Stokes
Dr. R. Mejía Ruíz
Dra. Carmen Troche de Mejía
Dr. José A. Seín
Dr. Luis A. Salivia
Dr. José D. Jiménez
Dr. H. F. Carrasquillo
Dr. M. Fernández Fuster
Dr. Juan Sabater
Dr. Basilio Dávila
Dra. Alice Reinhardt
Dr. Rafael A. Blanes
Dr. José Soto Ramos
Dr. Salvador C. Busquets
Dr. Mario Juliá
Dr. Federico Trilla
Dr. Manuel Cortés
Dr. Juan A. Rosselló
Dr. J. Rodríguez Pastor
Dr. Agustín Mújica
Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. Emilio Alfaro Díaz
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Luis Falagan

Recientemente ha sido puesto en vigor el plan auxiliar de certificaciones, mediante el cual los miembros de la Junta de Auxilio Médico Mtuuo y los directores de nuestra Asociación, esperan conseguir suficientes ingresos para en un futuro cercano aumentar considerablemente el importe del Auxilio. Ya han sido enviados muchos de los libros de certificaciones y diariamente se continuarán despachando los que faltan. Recomendamos a los compañeros médicos den a este plan auxiliar

su más decidido apoyo, de manera que el mismo tenga el éxito que todos esperamos.

Deseamos recordar nuevamente a los compañeros asociados que para poder acogerse al Plan del Auxilio Médico Mutuo es requisito estar al día en el pago de las cuotas como miembro de la Asociación. No se podrá expedir certificado de Auxilio a ningún miembro que esté en deuda con la Asociación.

A aquéllos que aún no se han acogido al plan deseamos recordarles que el término para hacerlo está a punto de expirar, y que automáticamente serán dados de baja como miembros de la Asociación si dejaren de suscribirse al Auxilio Médico Mutuo.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Accite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA			
50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Piedras Angulares



SOLO POR SU HABILIDAD PARA ESTABLECER Y MANTENER ALTAS NORMAS Y CONTRIBUIR NUEVOS PRODUCTOS UTILES PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ES QUE UN MANUFACTURERO FARMACEUTICO PUEDE TROCARSE EN FACTOR SERVICIAL DE LA MEDICINA UNIVERSAL.

ELI LILLY AND COMPANY

PARA LA RECETA MEDICA

OFICINAS Y LABORATORIOS PRINCIPALES, INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
JUL 14 1944
Comparative Pathology and Tropical Medicine HARVARD MEDICAL SCHOOL

AÑO XXXV MARZO, 1943. NUMERO 3

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

DEXTRI-MALTOSE

Is Tested Bacteriologically During Every Stage



EVERY day that Dextri-Maltose is manufactured, control samples for bacteriological analyses are secured from certain points in the process which experience has shown give an accurate picture of the bacteriological condition of the product in the different steps of its manufacture. As a result of experiment and long experience, it has been demonstrated that by exercising certain strict sanitary control measures and precautions, the bacteria count can be reduced to the point where the finished product approaches practical sterility. In infant feeding the physician protects the vitality and resistance of the organism in every way possible, by using pasteurized or boiled milk, boiled water, and sterilized bottles and nipples. He therefore naturally prefers to increase this margin of safety by specifying Dextri-Maltose which is bacteriologically safe. Here where the life and health of the infant and the reputation of the physician are in the balance . . . VALUE, NOT PRICE, IS THE TRUE MEASURE OF ECONOMY.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville, Indiana, U. S. A.

Please enclose professional card when requesting samples of Mead Johnson products to cooperate in preventing their reaching unauthorized persons

P. O. BOX 3081, SAN JUAN, P. R.

SUMARIO

Página

The Prevention of Malaria Among the Military Forces in Puerto Rico, Col. Joseph Bolten, M. D., San Juan, P. R. 89

Neuroses in War, Lt. W. L. Holt, M. D. 97

Cancer of the Stomach in Puerto Rico, F. Hernández Morales, M. D., and José Noya Benítez, M. D., San Juan, P. R. 105

Pancreatic Lithiasis, Roberto Francisco, M.D., San Juan, P. R. 110

Homenaje Póstumo al Doctor Rafael López Nussa, Dr. M. Quevedo Báez 119

Notas Editoriales 123

Noticias Médico-Sociales 125

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.



PARA UNA

Prolongada Acción

ANTIFEBRIL Y
DESCONGESTIVA

APLIQUE

NUMOTIZINE

Aplicándola prontamente sobre el sitio de la inflamación o congestión, Numotizine alivia rápidamente el dolor, y por sus efectos hiperémicos ayuda a disipar la congestión.

La absorción lenta y constante por la piel de las drogas analgésicas y antipiréticas que contiene—guayacol y creosota—produce una acción antifebril constante y prolongada sin interferir con las funciones digestivas.

NUMOTIZINE, INC.
900 No. Franklin Street Chicago, Ill., E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
F R A N C I S C O C A S T A G N E T
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.



PICTURE OF A MAN WITH A Sore Throat

ACCURATE forecasts predict a tremendous increase in sore throats but they will be the kind that no medication will help. Commando victims will seldom recover.

However, there are thousands of sore throats that can be helped. NUPORALS* *contain the excellent anesthetic,* NUPERCAINE* *which affords prolonged relief from local distress. The lozenge dissolves readily in the mouth and the anesthesia develops quickly.*

Many physicians use *NUPORALS* before the passage of a stomach tube, thereby controlling the gag reflex. Others use them to alleviate pain from trauma, either surgical or dentural.

NUPORALS

BOXES OF 15 BOTTLES OF 100

*Trade Marks Reg. U. S. Pat. Off

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

SUMMIT, NEW JERSEY



Cuidemos la Vista de los Niños

EN esta guerra mundial contra las fuerzas de la tiranía y la opresión, el futuro de todos los niños de las Américas está en peligro. Es para proteger la libertad de ellos que estamos peleando.

Aunque las fábricas grandemente ampliadas de la Bausch & Lomb están trabajando noche y día para suministrar material de guerra, continuamos fabricando la mayor cantidad posible de lentes oftálmicos para la vital protección del tesoro de la vista.

Prestemos a la vista de nuestros hijos la atención que necesita para su mayor eficiencia visual. El desarrollo completo de la perspicaz inteligencia de ellos depende del estado de su vista. Todavía podemos suministrar para este fin los lentes de precisión Bausch & Lomb.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860



DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.

COMPLETE VITAMIN B COMPLEX MEDICATION



In most cases, Vitamin B deficiencies are deficiencies of the entire Vitamin B Complex. Even though the symptoms manifest themselves as the deficiency of but a single factor, the safe prescription is to provide all the factors in the same proportion as they occur in nature.

Elixir Galen B Fortified * is a carefully prepared concentrated derived from rice bran... an excellent source of the Vitamin B Complex. It retains all the factors in the same balance proportions as they naturally occur plus additional amount of thiamine and riboflavin.

The Galen Co. was the first to recognize the value of Rice Bran for this purpose. Over eight years clinical use and an ever increasing acceptance by the practicing physician attest its dependability.

GALEN COMPANY, INC.

BERKELEY, CALIFORNIA

Copyright Galen Co.

* Trade Mark

Distributor:

RODOLFO BERNAL

Aumenta la tuberculosis en tiempo de guerra – ¡ES NECESARIA LA VIGILANCIA!

PRUEBA TUBERCULINICA EN PARCHE
(Vollmer)

Lederle

La tuberculosis al parecer va creciendo en las naciones beligerantes del segundo conflicto mundial. Los datos fragmentarios ahora obtenibles indican que las muertes por tuberculosis han ido aumentando en Inglaterra, Gales y Escocia.[1] En Hong Kong murieron 5,751 tuberculosos en 1940, mientras que en el año anterior esta cifra solamente alcanzó 4,443.[2] En los Estados Unidos de Norte América la curva descendente de la enfermedad es más lenta, hecho que, según la Asociación Antituberculosa Nacional, es advertencia de que esta enfermedad muy pronto aumentará de modo inusitado.

El "Ensayo Tuberculínico en Parche (Vollmer) *Lederle*" ha demostrado ser instrumento ventajoso y confiable en las grandes campañas selectivas contra la tuberculosis.[3,4]: (a) es fácil de aplicar y rápido, prestándose para los grupos grandes, (b) sus resultados son satisfactorios y acertados, (c) las reacciones son de poca importancia y (d) la aceptación general de este ensayo por el público lo ha hecho un favorito "primer paso" en las campañas antituberculosas selectivas.

Las campañas antituberculosas en gran escala son más urgentes que nunca—¡mantengamos siempre nuestra vigilancia!

1 LONG, E. R.: Am. Rev. Tuberc.; 45 : 616 (junio) 1942.
2 Editorial, M. Rec., 154 : 440 (17 de dic.) 1941.
3 COHEN, P. (Depto. de Salubridad del Condado de Santa Barbara, Santa Barbara, Edo. de California): Calif. & West. Med., 56 : 70 (febrero) 1942.
4 NARODICK, P. H. (Superintendente y Director Médico del Hospital Tuberculoso del Condado de King, Seattle, Edo. de Washington): Northwest Med., 41 : 193 (junio) 1942.



En envases de 1, 10 y 100 ensayos

LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Calle Salvador Brau, San Juan



More
THAN A GERMICIDE

A DETERGENT

A WETTING AGENT

AN EMOLLIENT

Zephiran

Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

Brand of Benzyl-Trialkonium Chloride

BACTERIOLOGIC POTENCY is no longer the sole gauge of a germicide. Modern surgical technique has revealed a need for other values as well.

ZEPHIRAN is a mixture of high molecular alkyl-dimethyl-benzyl-ammonium chlorides. It contains no mercury, no phenol, no iodine, and is therefore free from the disadvantages of these drugs.

ZEPHIRAN is an active detergent. In addition to its unusual germicidal action ZEPHIRAN is a cleansing agent. It allows application by friction—a method not feasible with most antiseptics because of attendant irritation. Skin fats are emulsified, dirt and dead skin are rolled off, and the underlying tissue and bacteria may be more thoroughly subjected to the antiseptic.

ZEPHIRAN is a wetting agent. It does not merely coat or shellac the skin. It possesses a surface tension depressant action which permits more thorough penetration into the interstices and pores of the skin.

ZEPHIRAN Is a soothing emollient. In 10,000 applications as a preoperative disinfectant and as a hand and arm soak, not a single case of skin or tissue irritation resulted. Leaves the skin soft, smooth, free from chapping or dermatitis.

For Preoperative Skin and Mucous Membrane Disinfection . . . Eye, Nose and Throat Antisepsis . . . Wet Dressings and Irrigations . . . Bladder Lavages . . . Fungous and Bacterial Infections . . . Vaginal and Urethral Irrigations . . . Surgeons' Hand and Arm Soak.

Samples and Literature Sent Free on Request

TINTED TINCTURE 1:1000, STAINLESS TINCTURE 1:1000, AQUEOUS SOLUTION 1:1000, 8 OZ. AND 1 GAL. BOTTLES

ALBA PHARMACEUTICAL COMPANY, INC. 74 LAIGHT ST., NEW YORK, N. Y.

77 ALLEN ST. — SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA
AÑO XXXV | MARZO, 1943 | Número 3

THE PREVENTION OF MALARIA AMONG THE MILITARY FORCES IN PUERTO RICO*

COL. JOSEPH BOLTEN, M. D.
Medical Director, U. S. Public Health Service,
San Juan, P. R.

At present malaria and venereal disease are the two most serious disease problems affecting military personnel in Puerto Rico. In 1941, according to figures furnished by the Department Surgeon's office, the annual malaria case rate among Army forces averaged between 40 and 85 cases per thousand from January through July, rose to a peak of 180 per thousand (that is almost 1 man in five) in August, and averaged between 100 and 150 cases from September through December.

In 1942, the malaria case rate was approximately twice that of the preceding year for the first half of the year. Since June the rate has been declining, and is now approximately half of the 1941 rate.

Even more striking testimony as to the size and importance of the malaria problem in Puerto Rico is given in comparing the malaria mortality rates for Puerto Rico with similar figures for continental United States. Thus in 1940, for the 48 states, the malaria mortality rate was 1 per 100,000 as compared with 8 in Mississippi and 9 in Arkansas per 100,000, the two worst malarial states. In Puerto Rico, on the other hand, the mortality rate was more than 10 times greater than in these worst malarial states, being 97 per 100,000. In 1941 it had risen to 125 deaths per 100,000 populuation in Puerto Rico, and indications are that the 1942 figures may be even higher. It appears from mortality statistics for these and other years, that the low in the malarial cycle was in 1939 and the malaria rate has been increasing steadily since then.

When we consider the density of population here in Puerto Rico —some 500 people per square mile— the problem appears even more acute. On the basis of malaria mortality per 100 square miles, Alabama is the highest state, with .4 deaths per hundred square miles (or 1 per 250 square miles) as compared with 53 deaths per hundred square miles in Puerto Rico in 1940, and 69 deaths per hundred square miles in 1941.

In Puerto Rico malarial mosquitoes breed the year around, in striking contrast to conditions in the United States. Here we have malaria every month in the year, whereas in the States it is largely confined to the summer months, or at best from April to October. In Puerto Rico the prevalence of malaria and malarial mosquitoes is greatest in the fall, from September un-

* Presented during the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 13, 1942.

til December, while in the States a sharp decline occurs after September.

In the States the benign malaria parasite —*Plasmodium vivax*— is the dominant species north of the Ohio River and throughout much of the south. There are some areas in the deep south where the malignant malaria parasite —*Plasmodium falciparum*— is most abundant, and a few in which quartan malaria is abundant. But for the most part *Plasmodium vivax* is the dominant species throughout United States, as in most temperate climate countries.

In Puerto Rico, on the other hand, the even temperature varying between 70 and 90° F. is favorable to the malignant malarial parasite, *Plasmodium falciparum*. In normal years 50-60% of all positive civilian cases of malaria are caused by *falciparum*, 30-40% by *vivax*, and 2-5% by *malariae*. In epidemic years, such as the period 1930-1934, the percentage of *falciparum* cases may increase to 80-90% of all malaria cases. Thus, from the very fact that *falciparum* is the most abundant malarial parasite, one can expect many more deaths from malaria in Puerto Rico than in the United States.

Altho there are approximately 2,000 species of mosquitoes described for the world, only 200 of these are Anophelines, and less than 20 are important vectors of malaria. Thus of the 13 species of *Anopheles* found in the States, only four are significant carriers of malaria, and of these four only one —*Anopheles quadrimaculatus*— is of widespread major importance.

Similarly, in Puerto Rico there are three well known species of malarial mosquitoes; *A. albimanus, grabhami* and *vestitipennis*. But because of several factors, such as a preference for feeding on human blood, only *Anopheles albimanus* appears to be an important vector of malaria.

Division of Control Work

Soon after Pearl Harbor it was agreed that the Army and Navy would do as much intra-cantonment work on malaria control as possible, while this Service would devote itself principally to extra-cantonmeut work. The Insular Department of Health would cooperate principally by control programs in other towns throughout the island and by a drug treatment program. WPA would aid by paying the salaries of project personnel engaged in searching for persons suspected of having malaria, taking blood films of such people and their immediate families or neighbors, and administering anti-malarial drugs to those sick with malaria. And also by large drainage projects near military bases.

Control Operations

At present the Public Health Service has nine Malaria Control projects protecting 6 principal and several minor Military Bases. Two of these operate wholly in extra-cantonment areas, and protect Army, Navy and civilian construction forces at Vieques and Ensenada Honda, termini of the Navy's Roosevelt Roads. Other principal Bases served are Fort Buchanan, Camp Tortuguero, Losey Field and Camp O'Reilly, all Army.

At each project the work is divided into areas within a one mile and a two mile radius of the camp buildings. The domestic mosqnitoes (*Aedes aegypti* and *Culex quinque-fasciatus*) usually fly ⅛ to ½ mile and their control is chiefly one of good sanitation supplemented by oiling. The malarial mosquitoes (especially *Anopheles albimanus*) can fly up to two miles. Ex-

periments in Puerto Rico have shown that mosquitoes stained by means of an atomizer with an aqueous solution of methylene blue can be recovered up to two miles from the point of their release. Therefore, control seems justified in this radius of the camp buildings, although these measures are most intensified in the area nearest the base. The salt marsh mosquitoes (chiefly *Aedes* and *Psorophora*) can fly up to 40-60 miles, with usual flight range of 5-10 miles. They do not present a public health problem.

Since the Puerto Rican *Anopheles* mosquitoes do not remain in buildings during the daytime, a mosquito trap was designed by Dr. Earle and members of the Insular Health Department early in the 1920's. It consists essentially of a screened house with a V-shaped slit in the side-walls through which mosquitoes can enter the house, but only infrequently escape. In this house a horse or calf is placed at night and the next morning the mosquitoes are collected, identified and counted. At each project the Service has a number of these traps, which are used to check on the effectiveness of the larviciding program and to determine which general areas are the heaviest producers of Anopheles mosquitoes. Thus, at Losey Field the traps on the east side of the field consistently run much higher than those to the west or north of the field. (50 average as opposed to 5 average west of the field). This means that more breeding is occurring on the east side of the field in mangrove swamps, pasture lands, and cane fields —and control measures are therefore concentrated more in this region. Sometimes one trap will suddenly increase from practically nothing to several hundred mosquitoes. Careful investigation often reveals a marsh or cane-field which had not been sprayed or dusted, a culvert which had been plugged recently, or some new breeding area which had been formed within the last few weeks.

Similarly at Fort Buchanan the animal bait traps indicate that the area towards Bayamón is not a big producer of Anopheles, while certain areas near Cataño and the Destilería Brugal on Insular Highway No. 2 are very important breeding places.

Types of Breeding Places

Malarial mosquitoes will breed practically anywhere in Puerto Rico except on dry ground. They are found occasionally in containers in houses, in tin cans and cisterns, and in small numbers in water contaminated by sewage or wastes from sugar centrals. However, the important breeding places are chiefly:

A. Sugar cane fields, especially lowland sugar cane fields where there are many drainage ditches;

B. Mangrove swamps, especially around the tangled roots of the white and black mangrove in brackish or fresh water. Malarial mosquitoes do not breed in large numbers in the red or red and black mangrove swamps in which there is more than 50% sea water. As a result it is in those mangrove swamps back of the coastal dunes, such as Bajura Pond near Borinquen Field, or Cucharillas Swamp near Cataño, in which the greatest production of *Anopheles albimanus* is found.

C. *Pasture lands.* These may produce great numbers of *Anopheles,* especially during the rainy season when the rain fills every hoof print left by roaming cattle. For example, in pasture lands east of Losey Field or in certain abandoned cane-fields near the Arecibo Auxiliary Base and Fort Buchanan.

D. *Lakes and Irrigation Reservoirs.*

Large shallow lakes, like Lake Tortuguero, with extensive marshes along the edges form exceedingly favorable breeding places for *Anopheles* mosquitoes. Similarly the small irrigation reservoirs in which water is stored to irrigate sugar cane fields may produce considerable numbers of malarial mosquitoes if vegetation is allowed to grow in them.

E. *Man Made Breeding Places.* It was the opinion of the late Henry R. Carter, who had spent most of his life controlling malaria and malarial mosquitoes that more than 50% of all malaria is due to man-made breeding places. At present in Puerto Rico we have a situation analagous to Panama from 1904-1914, but our record is not so good as that in Panama. With the construction of large military bases throughout the island, it is only natural that construction men would build roads without culverts to drain the water these roads impound; would make water holding borrow pits for fill needed; would dam up creeks and streams flooding water back into marsh meadows, thus making extensive breeding grounds.

At Borinquen Field most of the breeding places are borrow pits, old latrines and building foundations, communication ditches and roadside pools.

At Fort Buchanan the largest breeding places have been adjacent to dredge impoundments on either side of the Army Terminal. Here surface drainage impounded by the filling of drainage ways had flooded into old pasture lands, sugar cane fields, and mangrove swamps, and mosquito collections have sky-rocketed.

At Camp O'Reilly the worst breeding places have been in the center of the encampment itself in the Tula Creek Area, where the network of roads without adequate culverts have dammed up roadside ditches forming breeding places. Borrow pits left by drag lines, and failure to fill in the old channel of streams whose course has been straightened, have also contributed to form breeding areas adjacent to the barracks in which soldiers were living.

At Ensenada Honda the constant building of new roads, damming of streams, leveling of land has blocked the natural drainage of most of the water courses at one time or another. If Lt. Westhersbee and his crew of over a hundred laborers were not constantly on the job, the malaria rate would undoubtedly be much higher.

Type of Control

There are four types of control for mosquito wigglers, all of which are being used in Puerto Rico.

1. Paris green, an arsenical which acts as a stomach poison.
2. Oil, which kills the larva principally by direct action on the breathing apparatus.
3. Drainage projects designed to remove water before a generation of mosquitoes can be produced.
4. Filling operations designed to fill all types of depressions in which water stands.

The Public Health Service has used a mixture of Paris green and hydrated lime (or calcium carbonate) in its larvicidal operations. Hand dusters and power dusters (such as are used in dusting orchards or vegetables for leaf-feeding insects) are being used on a large scale to apply a fine cloud of dust to breeding areas in sugar cane fields, marshes, and other bodies of water. Depending on the locality of 2 to 10% mixture of dust is being used. Paris green is used because it is the cheapest temporary form of control, and can be

transported easily (in fact has often been flown by transport plane from the States), and the lime and calcium carbonate are produced on the Island.

Oil on the other hand is used extensively by the Navy in the Roosevelt Roads project, where there is an abundance of Diesel oil used for powering the heavy construction equipment, and a general absence of large marshes that cannot be oiled effectively. Oil lasts longer than Paris green, tends to discourage egg-laying by all types of mosquitoes, and kills eggs, larvae, and pupae of all mosquitoes. It is the ideal larvicide for intra-cantonment work (where control of all mosquitoes is desirable). On the other hand it is more expensive, takes more men to apply, makes a heavier load for the laborer to carry (an important factor when working in mangrove swamps), and must be transported to Puerto Rico by boat. It is our belief that it would take a tanker a week to supply the Public Health Service with Diesel oil sufficient to larvicide the areas covered at present with Paris green, and that the present labor forces would have to be tripled to cover the present territory covered by Paris green dusters. Many large trucks would have to be added. Thus the total cost of the Service program would be increased four or five fold, if the oil were available.

In addition to these larvicidal projects, major drainage projects using WPA labor are in progress at Fort Buchanan, Camp Tortuguero, Camp O'Reilly and Losey Field, and this Service is also directly operating 3 major drainage projects. At Fort Buchanan and Losey Field the existing projects have been largely subsoil tile drainage projects. Currently however, the construction of large open outfall canals is being undertaken with large, rotary pumps to lift the water from land below sea level, and to get successful drainage in land only one to three feet above sea level. At all projects the Service labor crews are doing minor drainage work, particularly in the afternoon when the wind is too strong to do effective dusting with Paris green.

Filling work has not been performed by the Service, but is being done by the Army at Fort Buchanan and Borinquen Field with Army money.

Project Operations

In larvicidal and minor drainage operations a project supervisor is in charge of the work. Under his direction are general foremen and sub-foremen. Each sub-foreman acts as dipper and director of a squad of 4-6 men who either do ditching or dusting work. The sub-foreman works ahead of his crew, dips all watered areas, and directs his men to dust these areas.

At most projects where acreage dusting is performed (as in pasture lands) a 10% mixture of Paris green and lime by weight is used. When ditches, streams, and mangrove swamps are dusted, the mixture is reduced to 5% Paris green (or even less) because over-dusting is bound to take place. The hydrated lime has a tendency to burn laborers, particularly in the groin region, legs and under arm surfaces. For this reason, as far as possible the Service is adopting calcium carbonate (finely powdered limestone) as a diluent. Other injuries which sometimes hamper the work of men are cuts from barbed wire and machetes, stumps, etc., and blood-suckers or leeches. Leeches are particularly bad in the big swamp east of Camp Tortuguero.

Within the intra-cantonment area, oil furnished by the Army is used to a limited extent in areas where both Anopheles and

pest mosquitoes are breeding. Such projects include Camp Tortuguero and Losey Field.

About a day after the dusting or oiling, men who spend their entire time checking on the larvicidal work dip the areas which have been dusted or oiled to see if larvae or pupae are alive. They report directly to the project supervisor, and occasionally it becomes necessary to dust certain areas twice in a week, particularly if there have been heavy rains immediately after the dusting operations.

At Fort Buchanan, Camp Tortuguero and Losey Field the Service program has been chiefly a larvicidal job, aimed at keeping the malarial mosquitoes at as low a level as possible until WPA, Army and Public Health Service projects can drain or fill the worst breeding places.

At Camp O'Reilly in Gurabo, at Ensenada Honda, and at Vieques the projects are essentially minor drainage programs. The objective at these locations has been to straighten existing streams, level them to grade to provide a rapid run-off of water, and concentrate the water in areas which can be effectively larvicided. It is noticeable that at these projects (all in more or less hilly country) the mosquito collections have been consistently lower than in the lowland projects previously mentioned. In other words, the more or less permanent control at these last three projects is already beginning to be noticed, whereas at the three projects where Paris green dusting is used chiefly the mosquito collections have not dropped noticeably except during periods of dry weather.

At present experiments are being conducted in cooperation with the Army with regard to airplane dusting of certain areas where control by hand labor is not practicable. If these are successful, we will be able to achieve a higher percentage of kill in very rainy weather in certain inaccessible areas (such as mangrove swamps) and the work may be used to advantage near a number of Army bases such as Losey Field, Camp Buchanan, Camp Tortuguero and the Arecibo Auxiliary Air Base. The chief drawback to airplane dusting is lack of proper equipment, trained personnel and larvicidal dust. Moreover, in airplane dusting the consumption of Paris green is increased tremendously, since the mixture ranges from 15-30% Paris green, as opposed to the 2-10% mixture used by hand dusters.

At certain places, as Cucharillas swamp in Cataño and the mangrove swamp opposite Destilería Brugal, the Service in cooperation with the Army is advocating the dredge filling of swamps in which larvicidal control is impossible at the present time.

Whatever the type of control advocated, or actually practiced, one thing must be kept in mind. The life cycle of the malarial mosquito in Puerto Rico can be completed in about a week, that is 2 days for the eggs, one day each for the 4 larval stages, and 1 day for the pupa. So all larvicidal measures are repeated at least once each week, and all drainage or filling operations must be conducted with the idea in mind that the water must drain off within a week, or a brood of malarial mosquitoes will be produced.

Summary and Conclusion

In addition to experience gained from observation of results obtained under varying conditions affecting project operations, and with various control methods, valuable information has been obtained from many special studies and investigations. This research has been carried on under practical field conditions, and has been highly

applied in character —the motivating purpose being to effect rapid change and improvement in control methods where inadequate protection is being realized. These studies have been too numerous and too detailed to permit more than passing mention. However, from studies and project operating experience, a few conclusions have been reached.

First. In our opinion the sensational reduction in malaria incidence among Army forces which has been realized during the last few months has been due almost wholly to the improved mosquito proofing of barracks and quarters, supplemented by the spray killing of those malarial mosquitoes which succeeded in penetrating the screen barriers. The reduction cannot be attributed basically to mosquito control work of an anti-larval character performed either within or outside the reservation properties, as the index of adult *albimanus* prevalence has not been reduced yet to a safe limit for sustained periods. Undoubtedly these measures, which so far have comprised primarily larviciding, rather than drainage and filling, have been valuable auxiliaries to the fundamental measure of mosquito proofing. Larviciding has reduced the malarial mosquito population assaulting screened barracks to a relatively safe figure, thus increasing the effectiveness of mosquito proofing. Mosquito proofing has been basic because some malaria reduction would have been experienced from this measure alone, while it has been demonstrated that larviciding alone around military bases in Puerto Rico will not reduce malaria incidence.

Until a true causal prophylactic has been found, or until a true specific against both schizont and gametocyte have been developed, it is believed that the effective mosquito proofing of dwelling places is potentially the most practicable and economical method of reducing malaria among the rural civilian population. Superficially the difficulties of accomplishing this objective appear insurmountable, and in fact are insurmountable for the duration of the war due to the lack of screen wire for civilian consumption. Mosquito proofing is however, more positive and more effective than rural larviciding, and less expensive than rural drainage, neither of which have been extensively practiced for rural malaria control in Puerto Rico. While adequate drug treatment programs have proven their effectiveness in reducing mortality from malaria, their effect on morbidity has been only momentarily suppresive, and this method does not possess the basic malaria control values of mosquito proofing.

Second. Due to the intensity and extensiveness of *Anopheles albimanus* production around some of the Military Bases on the Island, the relative role of drainage and larviciding is largely reversed. The traditional concept of larviciding is as a temporary means of control, to be practiced either where drainage is physically or economically unfeasible, or pending the completion of an area-wide drainage program. Our experience has been that often some drainage must be performed before larviciding can be developed as an effective means of control in the remaining breeding areas. Other than for the purpose of empirically determining those breeding areas which can be controlled effectively, and those which cannot, there is doubt in our minds as to whether larvicidal operations are justified at some Bases prior to the drainage of selected areas.

It has been found by other observers that the adult *albimanus* population must be reduced to an extremely low level before malaria transmission is interrupted. Where unscreened dwellings are involved,

and a high level of malaria exists, Earle found that the average trap collection must be reduced to one or lower. Probably this figure can be increased substantially for mosquito proofed buildings, and still further increased where supplementary spray killing is practiced, but the limits under these modifications probably lie between 5 and 50. This means that larviciding per se does not affect malaria transmission unless it is able to reduce the average *albimanus* index to a maximum of 50, and probably far lower.

Paris green, when assiduously applied under field conditions to a large number of breeding areas, has a probable upper limit of 90% in killing effectiveness. Therefore, when the pre-control *albimanus* index exceeds some number between 50 and 500 (depending on which figure between 5 and 50 one wishes to adopt as a safe post-larviciding index, larviciding, even when effectively applied in favorable and accessible situations, cannot interrupt malaria transmission. Furthermore, breeding areas exist around some Military Bases which are wholly or partly inaccessible for larviciding, and in which the effective kill accomplished may vary from 0 to not over 50%. Production from these areas may nullify the effective kill obtained from other breeding places in the common flight range area.

Under these circumstances, drainage should be performed first in those areas which are inaccessible for larviciding, or in which 10% of the aggregate production will exceed safe limits in traps located in the populated area. Following drainage, larviciding may be practiced effectively for control of larval production in residual breeding areas. These for the most part will consist of watered areas of limited size, such as ditches, creeks, borrow pits and temporary pools, or extensive watered areas where only "thin" breeding occurs, such as certain types of mangrove swamps.

Tuberculosis contracted or aggravated because of working conditions is to be considered compensable, but in workman's compensation laws greater consideration should be given to precipitating causes than to predisposing factors. Large numbers of persons with inactive or mildly active tuberculosis are able to work in our factories without becoming ill because working conditions are favorable. But occupations such as that of policeman or soldier, involving bad hours, undue exposure to the elements and other unhygienic conditions, may definitely initiate tuberculous activity. A. Licurzi, Rev. Asoc. med. argent., Nov. 15-30, 1941.

NEUROSES IN WAR*

LT. W. L. HOLT, M.D.

Introduction

Mental illnesses have long been divided for the purposes of study, understanding and treatment into those associated with structural organic changes of the body (especially the brain, endocrine glands and vascular system) and those disorders called functional. This latter group, for practical and essentially social reasons, has been divided into major mental illnesses or psychoses and minor disturbances or neuroses. A psychosis is that abnormality of the thoughts, feelings and behavior of a person sufficient in degree to make him practically a danger to himself or others. Non-responsibility and a need for non-voluntary care are definitely implied. A neurosis is a mental illness that renders its possessor a nuisance to himself or others rather than a danger and for reasons other than simple mental defect or organic illness. In the present discussion the term neurosis is used to include the classical psychoneurosis described by Janet and Freud and also a multiplicity of forms of inadequacy of personality, character defects and emotional instabilities. Most of these abnormalities are intelligible as caricatures of traits we all share in better balance.

In war the neurotics become a burden of which the community and the military organizations become acutely aware as sacrifice and self-discipline are demanded for group rather than individual survival. To himself the neurotic is all-important. The selfish, the cowardly, the unruly, the worrying, the complaining, in short, the neurotic, in time of war stand together as against social solidarity. Stephen Taylor[1] refers to this group as the "psychopathic tenth", admitting that the larger part are usually called neurotics. He points out that as the root of the trouble in these patients is usually a poor constitutional make-up, the better term is psychopathic. He also, with reason, justifies the change in terms by the fact that modern literature has glorified neurosis until the term has become a passport to pity and self-pity, to the considerable detriment of the sufferers and those about them.

Neuroses seen during war time include pre-war neuroses continuing, neurotic personalities undergoing a recurrence of former symptoms, and lastly those previously adjusted personalities developing symptoms for the first time. The latter group are the neuroses of war as distinct from the neuroses of peace. They are variously described as "traumatic neuroses" by Kardiner[2], "acute shell-shock" by Sargant and Slater[3], and as showing no fundamental difference from the neuroses of peace time by Wittkower and Spillane[4] and the majority of authors cited in their excellent review. All the usual psychopathological mechanisms seen in peace can be seen in neuroses occurring in war, yet the unusual stresses of war conditions are a significant factor. These stresses occur in concentrated fashion, affect large numbers, and at their worst become so overpowering that many apparently well adjusted individuals can no longer maintain a healthy adjustment.

* Presented during the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 13, 1942.

Incidence

The usual estimate of the incidence of functional mental illness made by those seeking support for psychotherapeutic facilities is that one tenth of the general population stand in need of psychological treatment and the majority of this group are the neurotic. Pignataro[5] states that between 40% and 60% of all admissions to general hospitals have symptoms of psychoneuroses. The number of neurotic patients admitted to military hospitals would be very considerable and the damage to morale and efficiency very great in active warfare were the exclusion or discharge of neurotics not attempted at recruiting, induction, and training centers.

The incidence of neuroses among troops during the last war showed a parallel between care in selection and low incidence. There was also a parallel between greater stress endured and a higher rate of neurotic casualties. The number of neuroses in the B. E. F. per thousand casualties was 34 but on occasion this rose to 400 per thousand casualties invalided home. The rate in the Canadian troops was 24 per thousand casualties and in the A.E.F., where psychiatric screening was attempted and stress shorter in duration, the rate was only 9.5 per thousand. In United States continental training camps of World War I 10 per thousand personnel were found unfit because of neuropsychiatric disorders. In World War II Pignataro reports that only 5 per thousand were so discharged from a similar training camp of which 3 per thousand had disqualifying neuroses. This would seem to show that the present screening process has been more effective than the method somewhat hastily devised during the last war. In the military experience of our Army many fewer neuroses are occupying hospital beds than were anticipated even by peace-time incidence rates. Whether good selection of personnel and good military mental hygiene can maintain the present low incidence of neuropsychiatric disability as operations occasion greater stress cannot yet be stated.

Among troops the incidence of neuroses is not everywhere the same. The incidence is higher in rapidly trained troops newly arrived at the front and after severe military operations or prolonged trench operations without a break. The incidence is greater in men over 40, past the peak of prime physical vigor. The incidence is greater among married men and among those carrying greater burdens of responsibility or operating as technicians under extreme hazard. Actively advancing troops are less apt to break down than inactive garrison or retreating troops.

Neuroses in the civil population in war time surprisingly enough may show at least a temporary decrease as reflected in decreased attendance at hospital clinics. Some unemployed hypochondriacal types find their limited talents at last in demand. Some fearful patients flee to the country and take to their beds, lost to sight from the hospitals to which they dare not venture. Where towns are continuously and severely bombarded civilians develop anxiety states. Palpitation, tremor, insomnia, polyuria, constant anticipation of noise, diarrhea and vomiting may, in severe cases even lead to death in three or four days and their treatment becomes a real emergency. Children shared in the anxiety exhibited by their parents. The contagiousness of abnormal emotional states enhances their importance. Wedekind (quoted by Wittkower) described an epidemic of hysterical fits among girls working in a much bombed munitions factory. Crowds in the grip of panic may take quite irrational

action that paralyzes effective military action by their defenders. Anxiety then becomes epidemic. Wilfred Trotter[6] points out that in times of panic leaders of governments, overburdened by grave responsibilities, are not immune to anxiety.

Classification and Relative Frequency of War Neuroses

The incidence of the various types of neuroses varies with the amount of training and morale imparted to the group studied and the severity of the stress as well as factors determining original selection. Sutherland[7] analyzed 100 cases of war neurosis recently admitted to a British neurological unit and found anxiety to be the predominant feature in 62. In 20 of these patients hysteria was also present. Other types of hysteria accounted for an additional 14, depression for 13, psychopathic states for 8. Two patients went on to develop schizophrenia and in one case the neurosis developed in relation to a head injury. This group had been, in the majority of instances, subjected to combat operations of considerable severity.

Pignataro reported the classification of 91 psychoneurotic soldiers given a disability discharge from a training camp before war was declared. They consisted of 31 hysterics, 23 anxiety states, 14 neurasthenics, 8 hypochondriacs, 5 reactive depressions, and 10 of mixed types. A comparison with the report of Sutherland shows that under combat stress anxiety and depression tend to increase. Debenham, Sargant, Hill and Slater[8] point out that the types admitted changed as service conditions altered. In the early months they saw chiefly the constitutionally abnormal who broke down at once on leaving home and entering military service. When violent fighting broke out, acute anxiety states, exhaustion and amnesic syndromes appeared. Under later air bombing a group of hysterical patients have been admitted whose mechanisms of symptom formation are so superficial as to approach open malingering. This latter group of men were exposed to intermediate stress without the extreme exhaustion of the Dunkirk casualties.

Psychopathology

In the early writings about war neuroses no distinction was made between conscious, purposeful evasion of duties by means of simulated illness (malingering) and unconscious conflict between military duty and personal safety, expressed as emotional, mental, and physical symptoms. Some present day writers have stressed inborn psychological inferiority in both the above types, in other words, the psychopathic constitution stressed by Taylor in his discussion of the neuroses. More authors emphasize the causative and determining value of emotional experiences, both in the past experience of the patient and in the immediate war stress. The training of a child develops mechanisms to control the destructive impulses that result from the necessary thwarting of childhood's insistent demands. When the child's conflict over aggressiveness is extremely painful, it is buried below consciousness and ready memory. Any experience tending to bring up the painful conflict causes uneasiness and is avoided. War combat conditions force the conflict to the fore. In the effort to suppress painful memories, the emotion of the old experience is separated from its rightful events but the emotion is not thereby obliterated, becoming in fact attached to new experiences.

In war there is a diminished opportunity for external interests and former emotion-

al ties are often broken. In those having a neurotic tendency there results an inflation of self-centeredness that favors hypochondriacal emphasis of physical sensations and minor incidental disturbances. The neurotic suffer keenly with the feeling that they are neglected, the importance of their symptoms not recognized. Moodiness becomes exaggerated. Irritability, anxiety, escape into alcoholism, disgruntlement and loss of interest progress to ready fatigability, physical symptoms, and marked disability, culminating in a thinly disguised request that nursing care and protection be given as to a sick and pampered child.

Symptomatology

The prodromal signs of a war neurosis severe enough to interfere with military duty are: (1) easy fatiguability, (2) increased resorting to alcohol or excessive smoking, (3) tendency to become unsociable or irritable, (4) loss of inclination for any effort, (5) emotional crises, and (6) character changes. As symptomatic increase in the severity of the neurosis occurs, hypersensitivity to noise, tachycardia, increased sweating and slight cyanosis of the extremities develop. If no rest and change of scene are given, a disabling neurosis will soon be manifest. Palpitation, tremor and anxiety are so acutely felt that the sufferer lives in fear and then in the fear of showing it, if he is an officer of whom greater courage is demanded. To escape an intolerable state of mind, death, capture, wounds or severe illness appear the only way out. Officers in the grip of a neurosis may make essentially suicidal decisions that are recognized by their superiors as poor judgement but accepted by those being led as unusual bravery. In this manner neurotic officers win more than their share of decorations. To others, illness offers the maximum of safety consistent with self-respect. On the battlefield the neurotic origin of many physical symptoms goes unrecognized. In World War I the British Expeditionary Force invalided home a large number of unrecognized cardiac neuroses, in fact their number was two-thirds as great as the entire group of recognized functional disease of the nervous system. Alimentary disorders were frequently seen, particularly in those who suffered with such symptoms in peace. Though constipation, gastric hypersecretion, vomiting, diarrhea and pyloric spasm were common, there was no conclusive evidence that peptic ulcer emerged from the syndrome. A high incidence of toxic goitre was seen. Several writers state that psychosomatic cases were so common that more neuroses were regularly seen in the medical and surgical wards than in the neuropsychiatric services of military hospitals. Cook and Sargant[9] recently reported a study of 50 cases admitted from other medical units with an organic diagnosis where a neurosis was found by them. Anxiety states were found in 20. The complaints were referred to the abdomen in 15, to the chest in 12, to the muscles in 12, to the head in 9, and the genito-urinary system in 2 cases.

Sutherland[7] gives in detail the symptoms complained of in 100 neuroses seen in a neuropsychiatric unit. This study does not cover the symptomatology of the pseudo-organic cases on the medical and surgical wards. The symptoms encountered in order of decreasing frequency by Sutherland were:

Feelings of anxiety with trembling and jumpiness	66
Sleeplessness	47
Headache	43

Unsociability	37
Anxiety dreams	35
Depression	33
Irritability	30
Preoccupation	27
Amnesia for traumatic experience	25
Giddiness	23
Effort Syndrome	21
Spontaneous emotional outbursts	15
Suicidal (Active 5, Passive 7)	12
Hysterical Conversions affecting	
Legs	16
Arms	2
Vision	6
Hearing	3
Tics	4
Voice	3
Stuttering	6
Enuresis	3

Many of Sutherland's cases showed decreasing anxiety as effort syndrome or hysterical conversion symptoms appeared in its place. Breaches of regulations were frequent in the group, exemplifying the psychopathic trend frequently found.

The predominant symptomatology varies with the stress and the composition of the group. Anxiety states greatly predominate among officers. Slater and Sargant[10] report that 35% of neuropsychiatric patients who had been under severe stress showed amnesia as a prominent symptom, whereas it occurred in only 6% where stress was trifling. The same authors[3] describe the Dunkirk evacuees as having a rather uniform clinical picture to which they apply the practically abandoned term "shell-shock". It consisted of signs of physical exhaustion, thin, pallid features, either tense and anxious faces or listless apathy, coarse irregular tremor which, when combined with immobile facies, suggested parkinsonism. They complained of sleeplessness, terrifying dreams, inner unrest, and were startled at the least noise. A few had hysterical fits or twilight disoriented and hallucinated states, amnesias and fugues.

Prophylaxis

Prevention of psychoneuroses in military forces is largely a matter of selecting trainees so that the more vulnerable will not be subjected to stressess they are unfit to meet. Troops must then be given sufficient training to give them confidence in their own ability and then strong incentives to risk personal safety for a desired victory. Good morale is synonymous with good military mental hygiene. The peace of mind of men in distant outposts is greatly aided by fast mail service that helps to preserve emotional ties with families and sweethearts at home. Morale rises when all are working together to do everything possible to meet a situation understood by all. Mental hygiene for the combat forces includes not only arduous effort toward a goal clearly known but also periods of rest and recreation as often as the military situation will permit. Efforts should be made to promote the feeling of group solidarity that will support the conviction of right and certainty of victory. Troops should not be left inactive for long periods in one sector. Those who show the prodromal symptoms of a developing neurosis should be given either a change in duties or a period of rest in a recreational center. If symptoms are developing without more than trifling stress, discharge from military service is the best way to prevent later prolonged invalidism and should be carried out if a better replacement can be obtained. Dawson[11] lists many symptoms by which to select those men in need of psychiatric review and possible discharge

before neurosis develops. The symptoms listed are:

1. Failure to comprehend and carry out instructions and marked clumsiness.
2. Lack of cleanliness of person and untidiness.
3. Lack of regard for discipline, deliberate antagonism or indifference to discipline.
4. Undue shyness, timidity or solitariness.
5. Peculiarities and oddities of behavior and pronounced mannerisms.
6. Bed wetting.
7. Sex perversions, masturbation, homosexuality.
8. Alcoholism.
9. Irritability, fearfulness and depression.
10. Suspiciousness and querulousness.
11. Homesickness and worry over home affairs.
12. Boisterousness and excessive exuberance; other emotions in excess.
13. The indefatigable scribe and diarist.
14. Those constantly picked on, made fun of or taken advantage of.
15. Those attending sick parade frequently with trivial complaints.
16. Those complaining of undue fatigability, breathlessness and precordial distress.
17. Persistent rapid pulse, often with tremors.
18. Chronic dyspeptics.
19. Fits.
20. Those treated previously for nervousness.

In civilians the neurotic should be kept at his post rather than in a hospital, for more neuroses otherwise appear among his companions. Factory workers approaching a break show increasing fatigability, defective concentration, rising accident rate, waning interest, discontent, loss of physical condition and a host of somatic symptoms lacking any clear physical basis. On the whole, less neurosis develops where families are kept together and children's habits are not broken up by separation from parents.

Treatment

The place of treatment, according to Wittkower[4] should be as close to the front as feasible, so that treatment will begin with the least delay. By this alone time of treatment can be reduced from months or weeks to days or hours.

The atmosphere of the ward should be hopeful yet military. There should be some much improved or recovered cases on the receiving ward to serve as examples of therapeutic success. Attention should be given to the restoration of good physical condition by rest, quiet, good food, and hypnotics to assure good sleep for the first few days. Punishment will give good immediate results in some cases but leads to quick relapse and even some fatalities. Reassuring explanations of the nature of the disorder, and work according to personal capacities and interests acts as an incentive to recovery. Suppressed memories should be awakened in the amnesias by the use of intravenous sodium amytal or hypnosis. For the anxiety states refractory to simple suggestion therapy and obsessionals, a modified psychoanalytic method is recommended. Prolonged therapy of this type is, however, best done in a civilian hospital, after the patient has been discharged from military service. Premature discharge to military service leads to recurrence with the development of chronic symptoms.

Debenham[8] stresses that time does not

permit extended or radical psychotherapy in a military hospital. The goal should be immediate removal of symptoms, readaptation to a socially valuable life and making sure intolerable strains will not be placed upon the patients, if that be possible. Narcosis therapy for a week and insulin hypoglycemia are advocated, together with large amounts of fluids to combat physical exhaustion and excitability.

McLaughlin[12] advocates air raid noise records after the first week to desensitize the anxious, easily startled patient. Thom[13] quotes from Gimpert's description of present day German methods of treatment and attitudes. War hysteria and trembling in Germany are called cowardice, and after a short period of rest in a hospital (not near home) patients are returned to their organizations or, if not recovered, to work battalion just behind the lines but within the danger zone. This is an apparent return to the "treat'em rough" school of therapy that had its short vogue in the last war.

Thom further stresses what a severe dis-service compensation proved after the last war when more men suffered from artificially created neurotic conditions during demobilization than from neurosis developed on the battlefields. When men are paid for being sick and penalized for getting well, the medical profession has little or nothing to contribute. Thousands passively succumbed to a life of dependency on the Government when urged to do so by misguided over-solicitous organizations —eventually becoming totally incapacitated for self-respecting independent existence. Lewy[14] also states that compensation for a neurosis developed in war time makes the secondary gain so great that it operates greatly against recovery. He urges that no compensation be paid, or, where prolonged treatment fails, a lump sum payment should be made as in civil traumatic (compensation) neurosis.

Prognosis

The outcome of treatment is better when promptly given and sufficiently prolonged and followed by readjustment of the patient in a useful life that subjects him to less than his breaking stress. Pre-enlistment personality difficulties have a bad prognostic influence, as it indicates predisposition. Concussion, exhaustion, hyperemotivity, conversion hysteria, gas neurosis, neurasthenia, anxiety states, obsessions, and effort syndrome recover in that order. In World War I 91% of neuropsychiatric casualties at a French casualty clearing station and only 1.1% of similar cases treated at a German base hospital returned to front line duty. In the U. S. Army 25% of the officers and 51% of the men returned to duty but Salmon stated the duty was not front line duty in most cases. Early discharge to civilian occupation after rapid removal of symptoms wsa advocated by McCurdy and Gaupp. (quoted by Wittkower[4])

Sutherland[5] states of 100 cases treated for 7 weeks, 15 were much improved, 65 improved, 65 improved, and 20 unchanged, and of these, 25 were given 2-3 months psychotherapy. Sargant[6] reported that of the early Dunkirk cases 50% returned to duty and of later admissions only 40% went back to duty.

BIBLIOGRAPHY

1—*Stephen Taylor*: Lancet 250:321-323, March 8, 1941.
2—*A. Kardiner*: War Medicine 1:219-226, March 1941.
3—*Wm. Sargant* and *Elliot Slater*: Lancet 239: 1-2, July 6, 1940.
4—*E. Wittkower* and *J. P. Spillane*: Brit. M. J. 1:223-225, 265-268, 308-310, 1940.
5—*Frank P. Pignataro*: Military Surgeon 90: 29-37, January 1942.
6—*Wilfred Trotter*: Brit. M. J. 1:270, February 17, 1940.
7—*John D. Sutherland*: Brit. M. J. 2:365-370, September 13, 1941.
8—*G. Debenham, Wm. Sargant, D. Hill*, and *E. Slater*: Lancet 240:107-109, January 25, 1941.
9—*G. T. Cook* and *Wm. Sargant*: Lancet 242: 31-32, January 10, 1942.
10—*Wm. Sargant* and *Eliot Slater*: Proc. Roy. Soc. Med. 34:757-764, October 1941.
11—*W. S. Dawson*: Med. J. of Australia 28:375-378, October 4, 1941.
12—*F. L. McLaughlin* and *W. M. Millar*: Brit. M. J. 2:158-159, August 2, 1941.
13—*Douglas Thom*: N.E.J. of Med. 225:864-867, November 27, 1941.
14—*Ernest Lewy*: War Med. 1:887-894, November 1941.

Industrial health and tuberculosis in industry are topics of great concern to all nations at war. Britain, the senior partner of the United Nations by length of service, was confronted much earlier than we were by problems arising from the conversion of peace economy to war production. The following are from recent British publications:

Information about tuberculous disease or previous treatment at a sanatorium or dispensary should be made compulsory for all persons entering industry. This is the practice at military boards and there appears no legitimate reason why this should not be incorporated into the civilian industrial life of the country. Such a measure would ensure the control of infection in the interests of the health of the community. Naturally, such a course will occasion opposition. It will be argued that this represents an encroachment on the freedom of the individual; however, freedom would be an intolerable institution if it permitted an individual indiscriminately to infect with disease his fellow creatures. Bertram Mann, Tubercle, March, 1942.

Factors underlying the increasing incidence of tuberculosis are: the background of mental tension and anxiety due to the war which affects the population as a whole, —overwork, often associated with unaccustomed heavy work, with long hours,— usually with additional voluntary duties resulting in marked fatigue, the increased exposure to infection from the large numbers absorbed in industry —the overcrowding now prevailing, which must be regarded as an important factor in the spread of disease, especially when associated with "blackout" conditions and the lowered standard of nutrition associated with a restricted dietary. Sidney Deaner, Chief Tuberculosis Officer, Worcestershire County, England. Jour. Royal Inst. Pub. Health and Hyg., Oct., 1942.

Tuberculosis is coming to be regarded more and more as a disease of economics. Editorial, Tubercle, March 21, 1942.

CANCER OF THE STOMACH IN PUERTO RICO

F. HERNANDEZ MORALES, M. D. and JOSE NOYA BENITEZ, M. D.*

San Juan, P. R.

The total incidence of cancer, according to Cramer[1] is about the same in all countries, all classes and both sexes. This is interpreted by Hurst[2] as meaning that "the constitutional susceptibility to cancer is constant". However, according to the last author, "the incidence of cancer of the stomach shows remarkable differences in different nations and classes. Thus the stomach accounts for only 22 per cent of male deaths from cancer in England compared with 45 per cent in Sweden and 55 per cent in Holland, and cancer of the stomach is twice as frequent in the lower social classes in England as in the well to do, whereas the incidence for colon and rectum is the same."

In the United States the mortality from cancer of the stomach and duodenum for the years 1937 and 1938 was 20.8 per 100,000 of estimated population.[3] According to statistics from the Metropolitan Life Insurance Company 20.4 per cent died from carcinoma of the stomach for the 19 year period, 1917-1935 inclusive.[4]

A third of all carcinoma of men and a fifth of carcinoma of women occur in the stomach in the United States.[5] In England, however, if cancer of the uterus and breast is excluded the sex incidence is about the same[2]. About 95 per cent of the patients are between the ages of forty and sixty-nine years.[5]

In Puerto Rico, "during the calendar year 1939, a total of 988 deaths was registered from all forms of cancer, representing a death rate of 53.8 per 100,000 population of the total cancer death, 430 or 43.5 per cent were males and 558 deaths or 56.5 per cent were females. Cancer mortality was more than twice as high in the urban zone than in the rural zone. As in previous years cancer of the digestive tract and peritoneum held the first place of importance with 452 deaths or 45.7 per cent of the total deaths."[6] The total cancer mortality by age was found to be "almost negligible in persons under 25 years of age, but beginning with the age group 25-34 years the mortality steadily increased with advancing age, the rate being highest for old persons 75 years of age and over, (669.8 per 100,000 population.)"[6]

The pathogenesis of cancer of the stomach remains today still unsettled. In a recent article, Hinton[4] discusses the possible connection between the estrogens, androgens and gastric mucosa as a possible factor in carcinoma of the stomach. "The carcinogenic effect of estrogenic hormones on tumor formations have been shown to be both actual and definite by repeated experiments. Studies on sterols present in the human blood stream show that several are related to highly carcinogenic substances, not only by chemical formulae and physiological action, but by biophysical and biochemical reactions. They are in themselves carcinogenic in experimental animals, although under ordinary circumstances in the human body, they do not bring about this change. It is well known that during that period of life when carcinoma most frequently occurs,

* From the University Hospital, School of Tropical Medicine.

there are radical changes in the content and nature of the hormones, specifically the gonadotropic, estrogenic and androgenic hormones, as evidenced by clinical recovery from the organs, blood and urine, and by the involutionary and regressive changes which take place during this period. Estrogenic and androgenic substances have been shown to influence the incidence of carcinoma in experimental animals. It has also been reported that very slight alterations in the chemical structure of estrogenic and androgenic hormones in their proportional relationship to each other, may transform them into active carcinogenic agents." According to Hurst[2] however, there are three essential factors for the development of cancer of the stomach, namely: (1) Individual's constitutional susceptibility to cancer in general; (2) Constitutional and inherited organ inferiority affecting the stomach and (3) An extrinsic factor in the form of chronic irritation. He believes that cancer of the stomach can be avoided or prevented by "preventing the development of chronic gastritis and chronic gastric ulcer in those predisposed by their gastric constitution, or when this fails, by recognizing and curing gastritis and gastric ulcer at as early stage as possible and taking measures to prevent their recurrence."

New impetus has been given to the importance of early diagnosis by the introduction of the flexible gastroscope by Schindler[7], but it is quite obvious that the early diagnosis of cancer of the stomach will not be accomplished with relative frequency until the public and medical men become cancer conscious. According to Eusterman and Balfour[5] early diagnosis "can be fostered by: (1) physical examination at stated intervals by a competent physician; (2) attaching proper significance to unexplainable or persistent indigestion which may have begun insiduously or abruptly after the fourth decade of life; (3) seeking medical advice promptly under the circumstances just mentioned; (4) employment for detection of carcinoma in its earliest stages or in its obscure forms, of all essential laboratory methods of diagnosis..."

The radiological examination, no doubt, is the diagnostic procedure of choice. When properly performed by one who has had considerable experience the diagnosis of malignancy can be made in about 95 per cent of the cases. Cases are known to occur who do not show evidence of tumor in the first examination. In these, gastroscopic examination on many occasions discloses what was not possible by X-rays. In the hands of experts, gastroscopic examination have proven to be of indispensable service in establishing a correct diagnosis of gastric malignancy. Gastric analysis should be performed in every case complaining of gastric disorders. The presence of a low gastric acidity or anachlorhydia plus symptoms suggestive of gastric malignancy should always be interpreted as presumptive evidence of malignant changes in the stomach and X-ray studies by a competent radiologist performed.

"The determination of cholesterol in the urine is another laboratory procedure worth considering. Burger has found that patients with carcinoma of the gastrointestinal tract may eliminate in the urine as high as 40 mg. of cholesterol in 24 hours while a normal person does not eliminate over 2 mg. in 24 hours."[4]

The only method of treatment offering any hope of a cure is radical surgery pro-

vided an early diagnosis has been established. The importance of this can not be overemphasized.

Presentation of Material

During the past 9 years 35 cases of gastric carcinoma have been studied at the University Hospital of the School of Tropical Medicine. The total number of patients seen during the same time has been close to 13,000. Table I shows the age and sex distribution. The greatest number of cases occurred after the age of 50. Seven, however, occurred between the age of 30 and 39, or an incidence of 19%. The male to female ratio was over 2 to 1. Twenty-six patients belonged to the white race; 7 were colored and 3 mulattoes. Twenty-two municipalities were represented.

TABLE I

Age in Years	Male	Female
30-34	1	1
35-39	4	1
40-44	1	1
45-49	6	1
50-54	2	2
55-59	5	0
60-64	2	1
65-69	2	1
70-74	2	1
75-79	0	1

A survey of the symptoms complained on admission, Table II, reveals that loss of weight, constipation, epigastric pain and vomiting were the most outstanding complaints, having been recorded in 28, 27, 26 and 26 instances respectively. Constipation was usually of many months duration and quite bothersome at times. Loss of weight varied anywhere from a very few pounds to 30 or 40.

TABLE II

Symptom	Number of Patients
1. Loss of Weight	28
2. Constipation	27
3. Vomiting	26
4. Epigastric pain	26
A. C. - 1	
P. C. - 20	
A. C. & P. C. - 6	
Relieved by Soda - 6	
Relieved by Food - 6	
5. Epigastric Fullness	16
6. Anorexia	13
7. Nausea	12
8. Flatulence	11
9. Hematemesis	10
10. Melena	7
11. Sour Stomach	6

A mass was felt in 13 of the cases. In 2 an ill-defined mass was thought to be palpable. Ascitis was encountered in only one instance. The abdomen was usually of the scaphoid type.

Gastric analysis was performed in 17 cases. In 9 there was lowered acidity; in 6 there was no acidity even after the injection of histamine, and in only 2 cases the acidity was found to be normal.

Hemoglobin varied anywhere from 15 to 95%. In 11 cases it was below 50%; in 10 between 60 and 79%. The red blood cells were below 3.5 millions per cubic millimeter in 16; and in 8 between 4.5 and 4.9 millions per cubic millimeter. The white blood cell count varied from 2,000 to 13,000 per cubic millimeter. The Khan test was reported positive in 3.

Intestinal parasites were reported in 12 cases.

X-ray examination of the stomach and duodenum was performed in 35 cases. In 33 a positive diagnosis for cancer was reported. In one, gastric ulcer was the diagnosis and in another, intestinal obstruction. Both of these cases were proven later on to be malignancy of the stomach. In 15 patients the lesion was localized at the prepyloric region; in 9 at the body; in 7 at the lesser curvature and in 2 at the cardiac end.

Gastroscopy was only carried on in two cases; both of which were diagnosed as gastric carcinoma.

Exploratory laparotomy was performed in 24 of the cases. In 10 subtotal gastrectomy was performed; in 8 a gastroenterostomy; in 1 excision of the ulcer and in another a gastrostomy. Tissue for histological studies were sent to the Department of Pathology of the School of Tropical Medicine in 18 instances, in all of which a diagnosis of adenocarcinoma of the stomach was reported. Metastatic lesions were found in 22 of the cases. One case was diagnosed grossly as advanced carcinoma of the stomach with metastases at exploratory laparotomy. No biopsy was taken and a gastroenterostomy performed. The patient is still living, 6 years after operation and a recent gastroscopic examination revealed a normal mucosa.

The post-operative convalescence was good in 12, stormy in 1 and long in another.

One patient died at the operating table, 1 on the day of the operation; 1 the 2nd day, 1 on the 6th, 1 on the 10th, 1 on the 21st, and one on the 64th post-operative day. One of the operated patients died at his home a few days after discharge; 1 was sent home to die, and one died the first day after discharge. One patient died in the hospital without having been operated. The high mortality can be explained to a certain extent to the precarious general condition of these patients when admitted and to the impossibility of obtaining blood for transfusion on many occasions.

In 6 cases which could be followed up no symptoms were noticed as follows:

One — — — 10 months
One — — — 18 months
One — — — 4 months
One — — — 2 months
One — — — 10 months
One — — — 8 months

A summary of this survey reveals that cancer of the stomach in Puerto Rico is apparently more common in males than females, in whites more than in colored people and definitely more prevalent after the age of 45. The most important symptoms recorded were: loss of weight, constipation, epigastric pain and vomiting. Laboratory findings revealed a lowered gastric acidity in 9 and absence of acid in 6; a great percentage of anemia of the hypochromic type and intestinal parasites in 1/3 of the cases. The X-ray study of the stomach and duodenum revealed a carcinoma in 33 of 35 examinations. Exploratory laparotomy was performed in 24 instances but in only 10 a subtotal gastrectomy could be performed. The immediate post-operative mortality was very high, close to 50%. In those cases that could be followed up the asymptomatic period varied from 2 to 18 months. The importance of biopsy is well demonstrated by the one case who was diagnosed as having gastric carcinoma by X-rays and exploratory laparotomy but in which no histological examination was performed. The patient is still living and a recent gastroscopic examination revealed a normal gastric mucosa.

REFERENCES

1—*Cramer, W.*: The Prevention of Cancer. The Lancet I (1934) page 1 January 1934.

2—*Hurst, Sir Arthur*: Cancer of the Alimentary Tract. The Lancet I (1939) page 553, March 11, 1939.

3—Vital Statistics of the United States 1938, Part I, page 24.

4—*Hinton, J. W.*: Carcinoma of the Stomach Emphasizing some of the Misconceptions of the Disease. Bulletin of the New York Academy of Medicine 17: 829, November 1941.

5—*Eusterman, G. B.*, and *Balfour, D. C.*: The Stomach and Duodenum W. B. Saunders Company. Philadelphia, Penna. 1936.

6—*Garrido Morales, E.*: Report of the Commissioner of Health to the Honorable Governor of Puerto Rico. Fiscal Year 1939-1940.

7—*Schindler, R.*: Gastrocopy. The Endoscopic Study of Gastric Pathology. The University of Chicago Press. 1937.

Tuberculosis is increasingly becoming a disease of older, occupied men. So much emphasis has been placed on tuberculosis as a serious disease of girls and young women that its greater havoc among men has not received the attention that it deserves. As a result of the more rapid decline of tuberculosis in females in this country there are today 132 deaths among males to every 100 deaths in females, and only at ages ten to thirty is the mortality higher in females. From The Modern Attack on Tuberculosis by Henry D. Chadwick, M. D. and Alton S. Pope, M. D.

PANCREATIC LITHIASIS*

ROBERTO FRANCISCO, M. D.

Arecibo, P. R.

Incidence: Pancreatic stones are rarely diagnosed clinically, as was shown by Bost[1, 2] who collected 107 cases of pancreatic calculi, in but four of which the diagnosis was made preoperatively and in only twenty-four during laparotomy. Snell and Comfort[3, 4] from Mayo Clinic state that an increased incidence of reported cases has been noted in recent years. Up to 1925 there were 102 reported cases from the time of DeGraaf's original description in 1667. From 1925 to 1938 the total increased to 204. Exam of the Quarterly Medical Index for 1939, 1940, 1941, 1942 elevated the total to 250, up to the present time. The incidence of pancreolithiasis observed post-mortem is cited by several authors as varying from one case in 2,500 consecutive autopsies. Opie[5] found two cases in 1,500 autopsies. Waghelstein[6] has found five cases in the first 11,000 autopsies performed at the Johns Hopkins Hospital, and none in the first 8,000 done at Baltimore City Hospitals. Of the cases now recorded actual calcification of the parenchyma of the gland occurs in 7%. Deposition of calcium salts in the pancreatic tissue is an uncommon pathologic finding. Clinical diagnosis of condition is even more unusual and few cases histories has been reported. Beling[7] in a thorough survey of the literature found 12 cases in which calcification of the pancreas was thought to be present and to these he added an instance of his own. King and Waghelstein[8] did not agree that cases I and II cited by Beling were true cases of calcification of pancreas. They presented four additional cases to the eleven already described, making the total of 15 true calcification. To this total we add one of our own.

Etiology: Pancreatic stones according to Townsend, appear to be essentially a disease of the young, though the ages range between 14 and 92 years, majority being between the ages of 30 and 40 years. The ratio of male to female is approximately 3 to 1. Pancreatic calculi resemble salivary calculi and are generally white or grayish white, rounded or ovoid or irregular, rarely facetted. They are usually brittle in character and vary in size. Their formation is presumably the result of either infection or pancreatic metabolic disturbances. A causal role of the latter is suggested by the observation that the calculi are composed of calcium phosphate and carbonate, although the pancreatic secretion normally contains insignificant amount of these salts, and because bacteria has been found in them it is generally assumed that infection of the pancreas causes an alteration in the juice leading to deposition of calcium salts. Accompanying and probably secondary to the stones is a variable degree of chronic pancreatitis. According to Mayo[9], two types of calcium deposits within the pancreas have also been described. The first "True stones" are concretions of calcium salts lying free in the ducts. These may be single or multiple, smooth, rounded or oval, rarely facetted. Their most frequent site is the duct of Wirsung within the pancreatic head, but they have also been found in the

Presented during the Annual Meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 12, 1942.

parenchyma, cysts and in abscesses of the pancreas. The second variety he termed "false stones", actually calcification of the parenchyma of the pancreas. Mayo expressed the belief that pancreolithiasis is due to pancreatitis in turn produced by disease of the biliary tract. This was refuted by Haggard and Kirtley[10] who found out or pointed out that gallstones were found only in nine of 65 cases of pancreolithiasis in which there was surgical intervention. In spite of this refutation history of signs and symptoms suggestive of cholecystitis is more frequently elicited. However, pain severe enough to be interpreted as colic is rare. Length of time between onset of postulated pancreatitis and appearance of calcification is not known. Patients are often first seen many years after initiation of symptoms and when calcified areas are discovered in roentgenograms, there is no way of determining how long they have been present. There is some evidence that the deposition is rapid. Chronic alcoholism has been mentioned in many cases. Tuberculosis is rarely responsible for calcified areas in the pancreas. Even extensive generalized tuberculosis seldom involves this gland. Same may be said for syphilis and other chronic diseases. One of the acute infectious processes that might be implicated is mumps, which may cause pancreatitis. There is no evidence of disturbance in calcium metabolism or calcium depositing dyscracia ever present.

Symptomatology: Symptom-free or silent pancreatic calculi occur. They may be unexpectedly found on the X-ray film or during laparotomy, but are more frequently discovered at autopsy. Snell and Comfort[4] summarized the principal clinical features of a series of 18 cases. The most common clinical symptom is pain which may range from severe colic to a mild transitory distress. Severe colic has been noted in about two-thirds of their cases. However, the pain is apt to differ somewhat in location and distribution and although epigastric, it is usually present along the left rather than the right of the epigastrium. Attacks of pain are frequently accompanied by nausea and vomiting. Pyloro-spasms or gastro-spasm with or without secretory disturbances appear to be common. Rarely jaundice. This may develop as the result of occlusion of Ampulla of Vater, or edema of the head of pancreas. Much more rarely a stone composed of calcium and free from bile constituents has been recovered from the stools. Between attacks there are frequently dull pain and variable tenderness in the epigastrium together with the symptoms commonly described as dyspepsia. Hepatomegaly occasionally occurs and is a late sign of pancreatic damage. The work of Dragstedt et al[11] suggests that this results from fatty changes in liver consequent to deficient production of lipocaic by the pancreas. Diabetes Mellitus is present in many cases specially if the stones are of long standing. Often latent diabetes can be demonstrated. Oser[12] found glycosuria in 24 of 70 cases of pancreolithiasis. The second group of symptoms depends on the development of pancreatic insufficiency in respect to the external secretion of the organ. From the clinical standpoint this is best gaged by the degree of steatorrhea and creatorrhea present with accompanying marked wasting and weight loss. The most characteristic sign and one on which diagnosis most often depends is roentgen evidence of stone. The shadows are usually dense, multiple and grouped and may be seen on either or both sides of the vertebral column in roentgenograms taken in the antero-posterior position. They are best visualized in an oblique roentgenogram and

may often be missed in ordinary roentgenograms of the kidneys, ureter, or bladder or in cholecystograms. Stones are often seen lying along an axis which may correspond roughly to the position of the pancreas. The gland is sometimes outlined so clearly that there can be little doubt as to the localization of the calcification. Shadows of the stones have a typical consistency; they are dense and give the appearance of being sharply outlined. The other group of diagnostic signs depends on the development of diabetes. The glucose tolerance curve give the typical steep rise and slow fall of diabetes. Pancreatic functional tests although they have not reached the stage of general availability are particularly helpful in revealing degrees of pancreatic insufficiency. Study of stools reveals undigested neutral fat particles demonstrated by stain with Sudan III as well as the absence of digestion of striated muscle fibers.

Diagnosis: More and more cases are been diagnosed during life as the value of taking flat films of the abdomen in patients with abdominal pains gains wider appreciation. The clinical diagnosis is probably often missed because it is not thought of. The colic of pancreatic calculi is often mistaken for that due to cholelithiasis. The diagnosis includes: (1) attacks of epigastric pain; (2) elimination of other causes of epigastric pain; (3) obscure attacks of abdominal pain or gastro-intestinal storms of uncertain origin; (4) diarrhea with fatty stools which has been noted in more than half reported cases; (5) diabetes particularly if associated with such abdominal symptoms as colic or diarrhea, so called "painful diabetes"; (6) jaundice of undetermined origin and finally demonstration of shadows of opaque calcium stones on roentgen films. The last may be imitated by the shadows of calcified lymph nodes in the anatomic region of the pancreas. Other sources of roentgen error include stone in the common duct, calcified nodes in cystic duct and calcarous patches in the splenic artery, and barium in intestinal tract from previous gastro-intestinal studies. In case of doubt, the location of the stone is made accurately by roentgenograms taken with duodenal tube in situ.

Treatment: Surgical. Haggard and Kirtley[10] collected 65 cases reports in which stones had been removed in 58 cases. Usually the patients are seen too late. If the diagnosis can be made earlier it should be possible to perform curative surgery in many cases. The operative removal of stones is indicated in the presence of (a) attacks of pain; (b) jaundice; (c) obstruction of the flow of pancreatic juice evidenced by diminution of enzymes in the duodenal contents. Furthermore, their removal prevent the development or aggravation of chronic pancreatitis. However, surgical mortality is 7%—10%. Palliative treatment: The use of pancreatine or dried pancreatic juice to correct pancreatic insufficiency has been helpful. In at least one case of Snell[4] lipocaic had specific effect on fatty metamorphosis of the liver associated with stones. Attacks of severe colicky pain usually require morphine sulphate for relief, but ephedrine may be worth trying specially since it is known to reduce the volume of pancreatic juice. This is due to vaso-constricting action and the fact that the pancreas is very sensitive to changes in the volume of blood flow. In general, however, palliative treatment is of little value, and unless the stones are removed the patient must be reconcild to considerable discomfort and to gradual destruction of the pancreas. Of course treatment of complicating diabetes should be carried on. A high CHO, high

protein, low fat diet is recommended in all cases. Complicating Sprue syndrome should be treated with liver extract.

Case No. 1: (Pancreatic stones in the head of the pancreas.)

T. P. woman, single, 20 years old, whose chief complaint was pain in the epigastrium for two years previous to her admission on November 12, 1941 to Arecibo Charity District Hospital. Family history was non-contributory. She had had usual childhood diseases. No habits. Dated her illness up to two years previous to admission when she began to suffer of persistent epigastric pain. This pain was colicky in nature, specially exacerbated after ingestion of fatty food. This pain radiated to the left and back and sometimes to the right and was accompanied occasionally by nausea and vomiting. In spite of the fact that she was rapidly loosing weight (from 95 pounds to 59 pounds in less than a year), she had a ravenous appetite. She complained of pain and burning sensation in the tongue, specially after ingestion of hot food. Had normal bowel movements, although stools were soft and mushy in character. For the past year she had noted polyuria and polydypsia. Rest of systems essentially negative, except for state of marked weakness. Physical examination disclosed a small, poorly developed, cachetic, very pale young woman looking older than her stated age of twenty. The skin showed evidence of marked loss of weight, poor texture and turgor. T: 36.8°c; P: 78; R: 20; B.P. 90/60; Weight: 59 lbs. Pale tarsal conjunctivae and buccal membrane. Tongue smooth, atrophic and beefy-red. Liver was felt about two fingers breadth below costal margin with a slight tenderness therein. Rest non-contributory. Laboratory procedures revealed glycosuria, slight traces of albumin in the urine, hyperchromic macrocytic anemia, negative blood Kahn, stools positive for ascaris and trichiuris infestation. A prothrombin time was normal. Analysis of fasting specimen of gastric contents showed no free acidity and 15 degrees of combined hydrochloric acid. Test for lactic acid was positive. Fasting glucose determinations of blood varied from 260 to 329 mg. per 100 cc. of blood. Dextrose tolerance curve revealed a typical diabetic curve. X-ray of chest negative for tuberculosis.

Soon after admission in view of the fact that she had a typical sprue syndrome complicated by diabetes, liver extract therapy was started as well as riboflavin and a high protein diet. Three days afterward she developed a violent foamy, whitish, bulky, diarrhea accompanied by marked epigastric pain. Paregoric and bismuth subcarbonate was given to relieve her diarrhea. Stool culture was found to be negative. Diligent search for amaeba and schistosomiasis in the stools gave negative results. This diarrhea would stop for few days to reappear again worst than ever. Nothing seemed to stop it and in spite of the repeated negative stool cultures, sulphanylguanidine was given by mouth and even by enemas. In the meantime her diabetes was controlled with 40 units of protamine zinc insulin as well as the diet. On October 1st., 1941 had an insulin reaction but this was rapidly brought under control and then we switched to regular insulin 15-0-15. Blood cholesterol 240 mg. per 100 cc of blood. On February 26, 1942 she was suffering of diarrhea, but not as severe as earlier. It was at this time that because of the fact that she had a low blood pressure, diarrhea and epigastric pain, a tentative diagnosis of Addison's Disease was made, and so a flat plate of abdomen was taken to search for calcified spots in the region of the adrenals, but to our surprise they revealed calcified areas



FIG. 2.—Stones in the head of the pancreas from the lateral view.

in the region of head of pancreas at the level of second and third lumbar vertebrae, on the right side. A lateral X-ray plate revealed even better these calcified areas. In view of the fact that here was a patient with epigastric pain, steatorrhea, diabetes and calcified areas in the region of the head of the pancreas, the tentative diagnosis of pancreolithiasis was made. To rule out any other possibility such as gallstones, kidney stones, etc., we took a cholecystogram which revealed a normally functioning gall bladder and descending pyelogram which revealed normal pelvices. Blood amylase was done and found to be below normal as compared with a control. Unfortunately studies of pancreatic enzymes in duodenal contents, feces and urine could not be done because of lack of facilities. Stools were found to have large amounts of neutral fats as demonstrated by stain with Sudan III, as well as undigested striated muscle fibers. On March 1, 1942 she was started on Pancreatin 2 tablets (1 gm.) t.i.d. Diarrhea was dramatically curtailed up to the time she left the hospital. A blood transfusion was given. A low fat, high protein, high carbohydrate diet was prescribed. On March 28, 1942 patient left hospital against our advice. The whereabouts of this patient we do not know in spite of diligent search for her, perhaps she is dead.

Case No. 2: (Generalized pancreatic calcification with calculi) R. Q. 40 years old man, mulatto, laborer was admitted to the Surgical Department of the Arecibo Charity District Hospital in March 23, 1942 with the tentative diagnosis of Cholecystitis and Cholelithiasis. His chief complaint was that of repeated attacks of colicky pain in the R.U.Q., nausea and bilious vomiting. Family history revealed that there was one brother who died of tuberculosis. As a child he had mumps, measles, chickenpox and malaria. When he was 18 years old he suffered of gonorrhea. Was a heavy drinker of rum and

smokes moderately. The next day in the Hospital he was found to have glycosuria and faint traces of albumin. A fasting blood sugar was done and turned out to be 240 mg. per 100cc of blood and the case was then transferred to the Medical Department for treatment of his diabetes, prior to operation. His illness dated to six years previous to admission when patient began to suffer of colicky pain in the R.U.Q. This pain was exacerbated upon ingestion of fatty foods and alleviated with a bland diet. This pain radiated to the back and right shoulder and was accompanied by nausea and bilious vomiting, but at no time was blood or pus ever present or noticed. In spite of all these symptoms he had a voracious appetite. Between attacks of pain he had suffered from abdominal bloating and gaseous eructations after meals, particularly after spicy or fatty foods. No history of jaundice, hematemesis, diarrhea, chills or fever could be obtained.

Physical examination revealed a poorly developed, emaciated mulatto, bitterly complaining of pain in the R.U.Q., apparently a gall bladder colic. T. 37.7, P. 70, R. 20. B.P. 120/70. Pallor of the conjunctivae and buccal membrane. Poor dental hygiene. Tongue coated. Tenderness in the right upper quadrant but no rigidity. Liver felt two fingers breadths below the costal margin. Laboratory examinations revealed the following salient data: Glycosuria, fasting blood sugar of 242 mg. per 100 cc of blood and because by this time we were pancreolithiasis-conscious we took antero-posterior and lateral plates of the abdomen. They showed numerous condensed radio opaque spots at the level of the second lumbar vertebrae extending across the vertebrae column following the general outline of the head, body, and tail of the pancreas with two big stones in the region of the body.



FIG. 3.—Generalized calcification of the pancreas with a stone at the tail in contrast with a descending pyelogram.

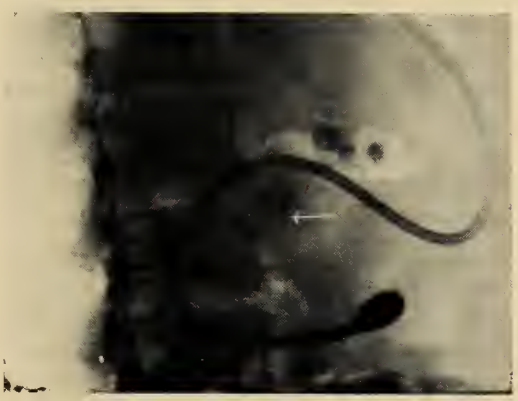


FIG. 4.—View of a duodenal tube "in situ" with stones present within the loop of the duodenum.

As soon as diagnosis was made diabetes was controlled with 40 units of protamine zinc insuline, on one occasion having had a severe reaction which was easily controlled. An oral cholecystogram revealed a poorly functioning gall bladder. Also we must mention that a descending pyelogram was done and revealed normal kidney calices with no stones therein. In spite of anti-spasmodic and sedatives, he did not seem to be relieved from his ache and Dr. A. H. Susoni from the Surgical Department was called on consultation and agreed

that patient should get the benefit of an exploratory laparotomy. His findings were the following: "The gall bladder and duodenum were found to be adherent to the liver and adjacent tissues. No stones were felt in the gall bladder. The pancreas was found to be sausege shaped, not movable, hard and dense from the head to tail with numerous calcified masses felt, specially one nodule near the tail (presumably a stone) and surrounding vessels were small. No attempt was made to remove them, and 5 gm. sulfathiazole was implanted. Adhesions were separated."

Patient made an uneventful recovery with complete disappearance of pain and rapidly gaining in weight. Patient is being seen regularly at O. P. D. Clinic with diabetes well under control. He is also getting palliative treatment with pancreatine and a high carbohydrate, high protein low fat diet.

Summary: A review of the most recent literature on Pancreatic Lithiasis as well as a concise review of its most essential features has been presented. Two cases are reported in which the diagnosis was made during life by roentgenography and confirmed in one case at operation. First case was one of calculi at the head of the pancreas with complicating diabetes, steatorrhea and sprue syndrome. The second case is the 16th case reported in the literature of calcification of the parenchyma of the pancreas with complicating stones.

This last case had diabetes as a complication but no steatorrhea.

Conclusions:

1—That with the more routine taking of flat plates in patients with abdominal pain the incidence of this condition will increase.

2—Anomalous X-ray shadow should be investigated by antero-posterior and lateral plates of the abdomen.

3—That diabetes accompanied by abdominal pain should always arouse suspicion of pancreatic lithiasis.

4—The taking of flat X-ray plates should be made a routine procedure prior to the ingestion of barium meals in gastro-intestinal studies.

5—That sprue may be a complication of pancreatic lithiasis.

6—That all cases in whom diagnosis of sprue has been made specially if it is accompanied by abdominal pain, colic and diarrhea should arouse suspicion of pancreatic lithiasis being a cause of it.

BIBLIOGRAPHY

1—*Bost, T. C.*: Pancreatic Lithiasis: Journal of the American Medical Association, 101: 998 (September 23, 1933).

2—*Bost, T. C.*: Pancreatic Lithiasis: Report of Cases. American Journal of Surgery, 29:85 (July, 1935).

3—*Snell, Albert M.* and *Comfort, Mandred W.*: The Incidence and Diagnosis of Pancreatic Lithiasis. American Journal of Digestive Diseases, 8:237 (July, 1941).

4—*Snell, Albert M.* and *Comfort, Mandred W.*: The Incidence and Diagnosis of Pancreatic Lithiasis. Review of eighteen Cases. Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 17:209 (April 8, 1942).

5—*Opie*: As quoted by Snell.

6—*Waghelstein*: As quoted by Snell.

7—*Beling, C. A.*: Calcification of the Pancreas, American Journal of Digestive Diseases, 7:231 (1940).

8—*King, Arthur B.* and *Waghelstein, Julius M.*: Calcification of the Pancreas, Archives of Internal Medicine, 69:165 (February, 1942).

9—*Mayo, J. G.*: Pancreatic Calculi, Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, 11:456 (July 15, 1936).

10—*Haggard, William D.* and *Kirtley, James A. Jr.*: Pancreatic Calculi. A Review of Sixty-five Operative and One Hundred Thirty-nine Non-operative Cases, Annals of Surgery, 109: 809 (May, 1939).

11—*Rockwern, Samuel S.* and *Snively Daniel*: Pancreatic Lithiasis Associated with Insufficiency and Diabetes Mellitus: Report of two Cases. Archives of Internal Medicine. 65:873 (May, 1940).

12—*Dragstedt, L. R., Puhaska, J. V.* and *Harms, H. R.*: Observation on a Substance in Pancreas (fat metabolizing hormone) which Permits Survival and Prevents Liver Changes in depancreatized dogs. American Journal Physiology: 117:175-181 (1936).

13—*Townsend, Stuart R*: Pancreatic Lithiasis, Canadian Medical Association Journal, 43: 328 (September, 1940).

14—*Faust, D. B.*: Pancreatic Lithiasis, Annals of Internal Medicine, 9:625 (November, 1935).

The widespread dissemination of tuberculosis is common knowledge, but the toll of lives taken is not always realized. In the United States alone, since 1900, a comparatively short span of life after all, more than four million have succumbed prematurely to the tubercle bacillus. Godias Drolet, in Clinical Tuberculosis, Edited by Benjamin Golberg, M. D.



DR. RAFAEL LOPEZ NUSSA

Distinguido compañero fenecido en la tarde del día 3 de marzo de 1943.

HOMENAJE POSTUMO AL DOCTOR RAFAEL LOPEZ NUSSA

DR. M. QUEVEDO BAEZ

Debo la prerrogativa del triste, aunque honroso privilegio de rendir este póstumo homenaje al fenecido compañero y amigo Dr. Rafael López Nussa, a los años, en avance, míos, que en la época primera de ser fundada esta Asociación, me permitieron estar vinculado, por nexos de confraternidad médica muy grandes, con compañero, tan ilustre, que fué, en todos los momentos de su esclarecida labor médica, cooperador entusiasta y muy valioso de nuestra Asociación.

Esto, que es un accidente, por privilegio de edad, es el motivo de que me haya correspondido misión tan dolorosa y que, en modo alguno, podía yo declinar.

La Asociación Médica, me dispensa este honor, que triste es, y lo cumplo con todos mis mejores deseos.

El anhelo de rendir este homenaje es de toda la Clase Médica, porque el Dr. López Nussa, vivió en la mente y el corazón de todos los médicos, y como vivió, por el amor y la gratitud de cuantos fueron sus pacientes y amigos, el amor y sólo el amor le acompaña en esta hora triste de su despedida.

Dolorosa y, por demás triste, es la hora, en que, aquí, nos reunimos, en confraternidad de amor y de veneración, para rendir justo y merecido tributo, al compañero esclarecido, que hoy nos abandona.

Ahí está él. Ahí está, la que fué arrogante escultura, plena ayer de vida, con todos sus atributos. Ayer, su corazón, desbordando los torrentes palpitantes de sangre, que corría por sus cauces, llevando a todo el organismo, los alientos cálidos de vida; ayer, su cerebro luminoso, en la misteriosa labor de fulgurar ideas y pensamientos y el verbo, en sus labios, suave y mesurado, dando forma de expresión a lo que mente y psiquis elaboraban.

Eso era ayer. Hoy, la que fué, tan arrogante escultura, se ha inmovilizado en la muerte. Ahí está, descansando en inmovilidad y en serena quietud; apagado el luminar brillante de su cerebro; sus labios, plegados, en los mudos silencios; el péndulo de su corazón, en el punto máximo de quietud, sin una oscilación más que acuse un latido de vida.

Se ha derribado la arrogante columna de ayer. El Dr. Rafael López Nussa, nuestro amado y querido compañero, ahí descansa en los augustos silencios de la muerte. Hay motivos muy poderosos, para que nuestra "Asociación", de la que fué él, miembro tan prominente y esclarecido y la Clase Médica de Puerto Rico; todo nuestro pueblo, se sientan justamente, consternados, con el desplome en la muerte, de tan ilustre y valioso compaero. Es, hoy, un día de verdadero dolor para la Asociación Médica. Los crespones sombríos de pena intensa, que cubren nuestros corazones sombrean, también de dolor las paredes de este amable recinto, que, en días solemnes de nuestras Asambleas, recogió con devoción grande, los destellos de su talento privilegiado, dándonos los frutos de su juiciosa labor de estudios y de investigaciones. En la Asociación Médica, donde en ocasiones tantas, pudimos oir el fino hilvanar de su palabra mesurada, fácil y precisa, que tenía, en su temple austero y grave, los acentos de un consagrado académico.

Ahí está, personalidad médica tan ilustre y bien amada, vencida en los afanosos atareos sin tregua, de su ciencia; vencida artera y traidoramente, en gesto de cruel

y burlona ironía, por la implacable y terrible dolencia, que él, en tantos otros pacientes, combatió, para vencerla.

Los hombres de ciencia, como los artistas, a fuer de fe puesta en juego, para llevar al éxito, sus nobles empeños, llegan a ser románticos y se ciegan frente a la conquista que persiguen. Creen más en los triunfos a conquistar que en los fracasos y derrotas. Empeño el del éxito las más de las veces, burlón y vano. La terrible dolencia, que dolor y sufrimientos tantos, vá difundiendo por el mundo y sembrando la muerte; como carpintero de sagaz y cruento pico, devora hambriento, las estructuras del organismo humano y la cruel enfermedad se resiste a los envites más sabios de la ciencia.

No sería fácil ni posible, a la ligera, poner aquí, de manifiesto, destacándola, con todos sus prominentes relieves, a los méritos bien aquilatados, la personalidad augusta de este eminente compatriota.

El Dr. Rafael López Nussa, no fué sólo el profesional brillante. Por línea de abolengos, por educación y por trazos arrogantes de su persona; por su decir, que tenía frase redonda, sonora y elocuente; por todos esos atributos tenía las características del *gentleman*, caballero siempre, en apuestas gentilezas.

Graduóse el Dr. Rafael López Nussa en 1906, en la Universidad de Georgetown, de crédito bien reconocido.

Joven y con los alientos fervorosos de esa edad de privilegio, para mejor trazar rumbos a la vida, retornó a su patria, fijando su residencia en la Ciudad de las grandes actividades, de todo orden, en Ponce, y allí, durante más de diez años, fué Director del célebre Hospital Tricoche y Director y Cirujano, también del Hospital "San Lucas" de la misma ciudad.

Para su honor y el de nuestro país, correspondióle la dignidad de representar a Puerto Rico en el Congreso internacional, que se celebró en Londres, en 1913.

Fué miembro de honor de varias Instituciones del extranjero, y, también, de Instituciones nuestras, como la Escuela de Medicina Tropical, de donde fué Cirujano Consultor.

Registró con gran lucimiento, los campos todos de la medicina. Fué ginecólogo cirujano y fué Radiólogo, y en todas esas actividades logró éxitos y conquistó reputación.

No fué el Dr. López Nussa médico de rutina, que practicara su ciencia, como sólo una actividad de trabajo. Ponía en su labor, aquello de alcances espirituales, que precisa poner por el éxito, en toda obra humana: su devoción y su gran amor.

Distinguióse por ser atento observador, de amplia y dilatada visión, para penetrar con ella, en todo momento, en los campos obscuros de cuanto problema médico, exploraba; de todos aquellos, que son siempre de ofuscación perturbadora para el médico.

Su perspicaz talento, tenía en él, el alivio de gran fuerza, de una general y bien cimentada cultura. De inducción honda y profunda, de fina y escrutadora perspicacia, íbase siempre temerario a lo hondo de todo problema médico con que él se confrontara y así, fué tan sagaz y certero clínico, como capaz y competentísimo cirujano.

Había, en él, con estas condiciones maravillosas, el empaque de un verdadero maestro, que, con competencia sobrada le acreditaban silla de maestro y cátedra de enseñanza.

Talento tan esclarecido, no se contentaba con afrontar conocidos y ajados problemas de la diaria medicina, rayantes acaso en vulgaridad cuotidiana. Aquel su talento, requería horizontes nuevos y difíciles, don-

de la mente tuviera que sentir el agobio de la atención y del estudio.

Y, cuando, en Ginecología, hubo explorado mucho conquistando grandes éxitos, quiso ir, en auxilio de la ciencia médica, más allá de donde, con su hábil cuchilla, había hasta entonces avanzado. Y es. cuando acude azuzado por inquietudes científicas al campo nuevo de la Radiología.

Y, es cuando quiere penetrar en el enigma trágico de la enfermedad, más impiadosa y torturante y cruel, que, tanto dolor y víctimas produce.

Hay, en los dominios de nuestra ciencia, cortándole sus alas de libre vuelo, una dolencia, de supremos y terroríficos sufrimientos, que como dragón funesto, abriendo sus fauces, ha formulado en nuestro campo de estudio y de acción con ironía burlona una interrogante, que en suspenso y sin respuesta está, no obstante, los obstinados esfuerzos, las actividades sin tregua desplegadas, los onerosos sacrificios y toda la cooperación fecunda de amor y de estudio puestos a prueba.

En pié está el interrogante: ¿Se cura el cáncer? ¿Qué es el cáncer? ¿Cuál es su origen o causa? ¿Es hereditario? ¿Es contagioso? Tales las interrogaciones que, por resolver y venidas desde largas jornadas de estudio, tiene nuestra ciencia médica y, mientras el misterio de ellas sea resuelto, la humanidad, como en todos los períodos de la historia seguirá sufriendo.

Pero su fatiga de dolor, acaso como signo de redención le sea muy necesario.

¡Quizá si los avances de la cruel dolencia son más notorios, bajo el acicate de esa espuela de dolor, que la entraña humana hinca con impiedad tan grande! No hay redención sin dolor y sólo a costa de él, es que la humanidad puede triunfar, no sólo realizando sus ideales, sino sufriendo y sacrificándose por ellos.

Hay que sufrir y hay que llorar porque el dolor, que atrae la simpatía y la compasión, es, profundamente, humano.

Así, como hay una estrella luminosa siempre, en el cielo, destacándose más que otras, una estrella roja de dolor tiene y tuvo, en todas sus épocas, la humanidad. como si fuera un signo impuesto por Dios, para mejor regular la vida.

De igual modo, que la historia de la humanidad tiene sus capítulos salientes; tienen también las épocas, sus sufrimientos. En los tiempos bíblicos, fué el mal de San Lázaro, en la edad media, la terrible peste; en el renacimiento, la corrosiva lúes, en el siglo XIX la tuberculosis y en nuestros días, el cáncer.

Quizá y sin quizá, ningún problema de nuestras artes médicas, relacionado con la Patología o la Clínica, es de complejidad tan grande y sometido a credos de teorías tan heterogéneas.

Puerto Rico, este país tan pequeño y tan distanciado, en estas lejanías del mar, de las corrientes civilizadas, pero, tan ávido de expurgar todos los problemas, que, a nuestra medicina se refieren; no fué tardo ni indiferente al problema que el cáncer planteaba, en su aspecto de sufrimiento y de dolor humano y a las inquietudes, que en todos los centros científicos del mundo, despertaba.

Y un compatriota ilustre nuestro, un consagrado hombre de ciencias, el Dr. I. González Martínez, con sobra de capacidad y dotado de tenaz y perseverante voluntad y de una gran cantidad de amor humano, se dió a la tarea más que difícil ingrata, de iniciar campaña contra enfermedad tan terrible, que dolor y sufrimientos tantos y muerte produce. Y funda la Liga portorriqueña contra el cáncer.

Andando está por el tesonero empeño de voluntad de su ilustre fundador; quizá si tal obra vacilante bien por carencia adecuada de medios, bien por no tener toda la

eficiente cooperación, que obra tan altruista y de importancia requiere.

Sabido es, la labor realizada hasta ahora por los hombres de estudio, en sus Laboratorios, ganosos no de celebridad sino movidos por un sentimiento de piedad y de compasión humana.

Unas veces, acudiendo a la Fisiología, se dió paso a la Opoterapia, pensando en que la carencia endocrina pudiera entrañar causa determinante del cáncer.

Y considerando, que las neoplasias, excepto el *sarcoma,* se desarrollan de preferencia, en la vejez y en las mujeres, en el período que marca el final de la función genital; si sería causa a desarrollarlas, la deficiencia de las *glándulas* genitales, la que permite la *anarquía* de las células jóvenes?

Se ha llegado a deducir a este respecto, por autoridades médicas, que las *glándulas sexuales, testículo* y *ovario* y la *tiroides* son los dos factores principales de lo que se determina el *equilibrio dinámico antineoplástico.*

Más que ofuscada anda y andará la ciencia, en su investigación, de la causa enigmática del cáncer. Pero no se olvide, que éste anda parejas con su aliada la civilización,

Es quizá, audaz decirlo, pero, cuan cierto es que la civilización, en avances gloriosos de sus éxitos, hace que el cáncer progrese en todos los dominios del mundo.

Todavía tenemos, que repetir, con todo el dolor de nuestro espíritu la frase lapidaria de desencanto sin igual, que Dante colocara en las puertas del averno. *Lasciate Ogui Speranza.*

Los arrestos fervorosos de los hombres de ciencia quisieran, que esa frase de desolación palideciera, para que, se mantuviera consoladora en la mente de las víctimas de esta terrible dolencia. ¡Ojalá, que un nuevo fiat lux se hiciera!

Pero ese problema quintaesenciado, que tantas mentes fatiga y tantas voluntades rinde, sea para el tranquilo ambiente de las Academias y para la busca redentora del Laboratorio.

Cumplamos hoy el triste deber que nos ha impuesto la Confraternidad Médica y nuestra devoción de afecto al compañero ilustre que ha caído vencido por la muerte.

¡Que sea, para él, la gloria venturosa y que el aleteo piadoso de nuestro recuerdo vaya con él, en su jornada de luz, hacia la eternidad.

¡Todo por él y por su gloria!

He dicho.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Marzo, 1943 Núm. 3

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTAS EDITORIALES

DR. RAFAEL LOPEZ NUSSA

Víctima de pertinaz dolencia, falleció en la tarde del día 3 del mes de marzo, en el Hospital de Distrito de Bayamón, de cuya institución había sido director durante los últimos meses, el querido amigo y compañero, Doctor Rafael López Nussa.

El amigo fenecido vió la luz por vez primera el día 22 de febrero de 1885 en la ciudad de Mayagüez, en donde pasó sus primeros años de vida y cursó sus estudios elementales. Recibió su título de Doctor en Medicina en la Universidad de Georgetown en el año 1906, título que revalidó en nuestra isla ese mismo año. De regreso a nuestro país, el Dr. López Nussa se radicó en la ciudad de Ponce, donde como director y cirujano del Hospital Tricoche primero, y más tarde como director y cirujano del Hospital San Lucas, llevó a cabo una labor de grandes méritos y despuntó como uno de los más hábiles cirujanos de nuestra isla.

Además de ocupar cargos de importancia en nuestra Asociación y en varias otras organizaciones insulares el Dr. López Nussa representó a Puerto Rico en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres en el año 1913, y presidió la comisión que envió la Asociación Médica de Puerto Rico a Santo Domingo con motivo del ciclón que azotara dicha república hermana en el año 1930.

En el año 1935 el Dr. López Nussa se trasladó a nuestra capital, y aquí, al igual que en Ponce, supo hacerse acreedor al respeto y admiración de sus colegas y el cariño de infinidad de clientes agradecidos, a quienes su habilidad y experiencia en el arte de Esculapio arrebataron de la muerte.

En nuestra Asociación ocupó siempre, el compañero desaparecido, puesto de relieve, no sólo por sus méritos profesionales, que eran muchos, sino también por sus indiscutibles dotes de amigo leal y sincero.

En otra sección de esta misma edición publicamos las palabras pronunciadas por el distinguido amigo y colega, Dr. Manuel Quevedo Báez, en el acto del sepelio, y quien en forma magistral, como él sabe hacerlo, expone los valores personales y profesionales del amigo fenecido.

Sean estas breves líneas portadoras de nuestra sentida condolencia para todos los familiares del malogrado compañero, muy especialmente para su desconsolada viuda y sus amantísimas hijas.

AUXILIO MEDICO MUTUO

En el momento en que redactamos estas líneas (marzo 23) solamente 54 de los 421 compañeros que integran la matrícula de nuestra Asociación aún no se han acogido al Plan de Auxilio Médico Mutuo. Confiamos, sin embargo, que para el día 31 de marzo, fecha en que expira el período de gracia concedido a los médicos asociados para acogerse al plan, dichos compañeros también hayan recibido el certificado que les acreditará como miembros del Auxilio Médico Mutuo.

Podemos decir, sin embargo, que el éxito logrado en la implantación de este plan, ha sido más grande del que podíamos adelantar. El fondo que ha logrado crearse mediante el cobro de las cuotas es bastante halagador. Por otro lado, todos los compañeros acogidos al plan han recibido ya su correspondiente libro para certificaciones, y según información que hemos recogido, muchos han empezado ya a hacer buen uso del mismo. ¡No olviden los compañeros, que de la cantidad que logremos levantar mediante el plan auxiliar de las certificaciones, dependerá en gran parte el que podamos aumentar en un futuro cercano la cuantía del auxilio!

Queremos aprovechar esta oportunidad para informar que con fecha 13 del cursante mes fué cancelado el certificado número 95, perteneciente a nuestro malogrado amigo el Doctor Rafael López Nussa.

Entre los compañeros que se han acogido al plan durante el mes en curso, se encuentran los siguientes:

Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. A. Díaz Atiles
Dr. Luis A. Vallecillo
Dr. Dulcidio Rojas
Dr. José Alúm Pérez
Dr. Pedro J. Durand
Dr. Emilio Cumpiano
Dr. Guillermo Salazar
Dr. Mariano Caballero
Dr. Federico Velázquez
Dr. Juan P. Cardona
Dra. Charis Gould
Dr. R. Arrillaga Torrens
Dr. Jacobo Simonet
Dr. Jeramfel Cordero
Dr. D. Santiago Stevenson
Dr. José Torres Cintrón
Dr. Hilton L. López
Dr. Angel R. Buxeda
Dr. J. Nadal Grau
Dr. Roberto Francisco
Dr. R. Maldonado Quiñones
Dr. Manuel M. Baralt
Dr. Ramón Piñero Fernández
Dr. J. E. Luigi
Dr. Osvaldo Goyco
Dr. Walter A. Glines
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. Ildefonso Rivera Lugo
Dr. Jaime Rivas
Dr. Julio C. Roca
Dr. J. A. Hernández Rivera
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. José Picó
Dr. Roberto Serra
Dra. Marta Robert de Romeu
Dr. Ramón Lavandero
Dr. Francisco A. Márquez
Dr. Bartolomé Borrás
Dr. José E. Dávila
Dr. Armando Antommattei
Dr. Manuel Quevedo Báez
Dr. Guillermo M. Carrera
Dr. Carlos L. Massanet
Dr. Guillermo S. Marqués
Dr. Edelmiro J. Cabán
Dr. Norton S. Freedman
Dr. Leon Sheplan
Dr. Rafael Gil Rivera

Dr. Jesús M. Rivera Otero
Dr. J. B. Kodesh
Dr. Pedro J. Zamora
Dr. R. Rivera Aulet
Dr. Francisco Berio
Dr. Ernesto J. Martínez
Dr. Tomás Ferrer Delgado
Dr. Miguel E. Sala
Dr. Raúl R. Acosta
Dra. Dolores I. Méndez
Dr. Marvin S. Cashion
Dr. J. M. Rodríguez Quiñones
Dr. Blas C. Herrero
Dr. José Menéndez Mercado

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del Mes:

El sábado 13 del mes en curso celebró su reunión mensual ordinaria la Junta de Directores de nuestra Asociación, conjuntamente con miembros del Comité Científico y el Comité de Biblioteca. A esta reunión asistieron los siguientes compañeros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Manuel A. Astor
Dr. José Forastieri
Dr. I. González Martínez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Navas Torres

Entre los asuntos tratados en esta reunión destácanse el relacionado con la carta circular solicitando la opinión de los médicos en cuanto a la posible organización de un plan de servicios médicos; el proyecto de Ley creando el Instituto de Medicina Legal, que se encuentra nuevamente ante la consideración de los cuerpos legislativos; la reglamentación para regir el otorgamiento del premio al mejor trabajo en medicina que se realice en nuestra isla y la propuesta reorganización de la Biblioteca de la Asociación.

Reuniones de Distrito

Aguadilla:

El día 7 del mes en curso celebraron una reunión los compañeros del Distrito de Aguadilla, y eligieron la siguiente directiva:

Presidente: Dr. Luis A. Sánchez
Vice-Pres.: Dr. Francisco Seín
Secretario: Dr. Néstor de Cardona
Tesorero: Dr. Enrique Milán
Delegado: Dr. M. García de Quevedo

En esta ocasión se acordó celebrar una segunda reunión el día 28 del cursante mes, a fin de discutir y ultimar los preparativos para la asamblea anual del Distrito, que se llevará a efecto durante el mes de mayo.

Guayama:

Bajo la hábil y entusiasta dirección del estimado amigo, el Dr. José Forastieri, Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, ha sido organizada la asamblea anual de dicho distrito, la cual se llevará a efecto el domingo 25 del pró-

ximo mes de abril, en la ciudad de Caguas, y para cuyo acto ha sido confeccionado el siguiente programa científico:

"Pleural Adhesion as a cause of Back Pain", por el Dr. Manuel Santiago Santos.
Consideraciones sobre Dolor precordial, por el Dr. Ezequiel Prieto.
Linfopatía Venereum at the Venercal Diseases Hospital, por el Dr. Severo R. Torruellas.
Consideraciones sobre la fisioterapia del líquido céfalorraquídeo, por el Dr. Luis Manuel Morales.
Enfermedad fibrocística del Páncreas, por el Dr. Roberto Aguayo.

Más detalles de esta asamblea serán informados mediante el programa oficial que circulará a mediados de abril. Mientras tanto, permítasenos aprovechar esta oportunidad para adelantar, a nombre de los directores del Distrito de Guayama, una muy cordial invitación para que asistan a dicho acto.

Recordatorio:

Volvemos a recordar a los directores de las Asociaciones de distrito, que la elección de los nuevos funcionarios deberá verificarse con anterioridad al 30 de abril próximo.

Personales

Dr. Pablo G. Curbelo:

En fecha reciente regresó a nuestra isla después de una ausencia de aproximadamente dos meses, el estimado amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Durante su estadía en el Norte, el amigo Curbelo tomó los exámenes que celebró en febrero el "American Board of Urology", los cuales aprobó, habiendo recibido recientemente el certificado que le acredita como miembro de tan prestigiosa agrupación.

Al saludar al querido amigo, le extendemos una cordial felicitación por el éxito alcanzado.

Dr. I. González Martínez:

Recientemente nuestro presidente extendió nombramiento como miembro del Comité de Biblioteca de nuestra Asociación, al querido amigo y compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Por su entusiasmo en todo asunto relacionado con nuestra Asociación, así como por su amor a los libros, el Dr. González Martínez habrá de desempeñar papel de importancia en la reorganización de nuestra Biblioteca, que dicho sea de paso, fué regalada casi en su totalidad por él cuando nuestra Asociación inauguró su domicilio social.

Nuevos miembros:

En días recientes han solicitado ingreso a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Enrique Milán, de Aguadilla
Dr. Fernando Luis Buxeda, de Santurce

Miscelaneas

Visitas de nuestro Presidente:

Dando cumplimiento a su ofrecimiento de visitar personalmente a todos los compañeros asociados para discutir con ellos los términos de su carta circular del día 16 de marzo, referente a la organización de un plan de servicios médicos parecido a los

que ya se han puesto en vigor en varios estados de la Unión, nuestro activo presidente, el Doctor Manuel de la Pila Iglesias, inició el sábado 27 del mes en curso, sus viajes por la isla, habiendo visitado en dicho día, en unión del Doctor Costa Mandry, Speaker de la Cámara de Delegados, los compañeros residentes en Fajardo y Humacao.

Favorablemente impresionado por el resultado de estas primeras entrevistas, el Dr. Pila se propone continuar las mismas durante todos los fines de semana, hasta haber logrado conocer la opinión de cada uno de los médicos asociados, en problema de tal trascendencia para la clase médica y para el pueblo de Puerto Rico en general.

Exámenes de Reválida:

Durante la semana del 2 al 6 del mes en curso el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, llevó a efecto exámenes de reválida en el edificio de nuestra Asociación, habiendo comparecido a tomar los mismos los siguientes candidatos:

Examen Regular:

Dr. Miguel Mudafort Sarkis
Dr. Carlos E. Acevedo Defilló
Dr. José Sobrino
Dr. Edgardo R. Silva Torres
Dra. Edith Zaidée Rodríguez
Dr. José Añeses Arrache
Dr. Nathan Rifkinson
Dr. Carl Flory Coffman
Dr. Julio E. Dávila Boria
Dr. José J. Castillo Castillo

Examen Especial

Dr. José M. Sánchez
Dr. Juan de Jesús de Lara García
Dr. Jacinto González
Dr. José A. Sánchez Sánchez
Dr. Gregorio Sicard Espinola
Dr. José Diógenes Martínez Germes
Dr. José María Silva
Dr. Honorato Estella Entralgo
Dr. José Viejo Feliú
Dr. Luis G. Maduro
Dr. Isidoro Infante
Dr. Miguel Palacios

que ya se han puesto en vigor en varios estados de la Unión, nuestro activo presidente, el Doctor Manuel de la Pila Iglesias, inició el sábado 27 del mes en curso, sus viajes por la isla, habiendo visitado en dicho día, en unión del Doctor Costa Mandry, Speaker de la Cámara de Delegados, los compañeros residentes en Fajardo y Humacao.

Favorablemente impresionado por el resultado de estas primeras entrevistas, el Dr. Pila se propone continuar las mismas durante todos los fines de semana, hasta haber logrado conocer la opinión de cada uno de los médicos asociados, en problema de tal trascendencia para la clase médica y para el pueblo de Puerto Rico en general.

Exámenes de Reválida:

Durante la semana del 2 al 6 del mes en curso el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, llevó a efecto exámenes de reválida en el edificio de nuestra Asociación, habiendo comparecido a tomar los mismos los siguientes candidatos:

Examen Regular:

Dr. Miguel Mudafort Sarkis
Dr. Carlos E. Acevedo Defilló
Dr. José Sobrino
Dr. Edgardo R. Silva Torres
Dra. Edith Zaidée Rodríguez
Dr. José Añeses Arrache
Dr. Nathan Rifkinson
Dr. Carl Flory Coffman
Dr. Julio E. Dávila Boria
Dr. José J. Castillo Castillo

Examen Especial

Dr. José M. Sánchez
Dr. Juan de Jesús de Lara García
Dr. Jacinto González
Dr. José A. Sánchez Sánchez
Dr. Gregorio Sicard Espinola
Dr. José Diógenes Martínez Germes
Dr. José María Silva
Dr. Honorato Estella Entralgo
Dr. José Viejo Feliú
Dr. Luis G. Maduro
Dr. Isidoro Infante
Dr. Miguel Palacios



EL BEBE SONREIRA

al darsele Leche Carnation

Usted podrá observar la sonrisa característica de buena salud en los niños alimentados con Leche Carnation... la leche que agrada a todos los bebés.

Carnation es una leche homogenizada, de coágulo blando, y fácilmente digerible por los bebés. Su pureza es absoluta y los protege de infecciones producidas por la leche. Usted encontrará en Carnation todo el valor nutritivo que es de esperarse de la leche, y una potencia *adicional* en vitamina D, obtenida mediante la irradiación.

Usted puede depender de esta leche aún en sus casos más difíciles de alimentar. La *Leche Carnation* goza de preferencia entre los pediatras de todos los Estados Unidos.

Agente Exclusivo: AMERICO MIRANDA
SAN JUAN, PUERTO RICO.



La Leche Carnation Irradiada ha sido aceptada por el Consejo de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

LECHE CARNATION

IRRADIADA

"De Vacas Contentas"



kalak

REG. U.S. PAT. OFF.

A crystal clear, sparkling alkaline mineral water, prepared from distilled water and salts in chemical equivalents under laboratory control to insure uniformity of quality. KALAK is valuable in maintaining the mineral and water equilibrium which may be upset by a pathological process or by certain drugs such as salicylates, iodides, and sulfa drugs.

KALAK WATER CO. OF NEW YORK, INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA NEW YORK, N. Y.

Distributed by:

R O D O L F O B E R N A L

San Juan, P. R.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Experiencia



LA EXPERIENCIA DA EL GOLPE MAESTRO EN LA PREPARACION DE AGENTES MEDICINALES FINOS. SOLO CON EXPERIENCIA ES QUE LOS PROCEDIMIENTOS DE MANUFACTURA PUEDEN PERFECCIONARSE DE MODO QUE SE LOGRE LA ULTIMA PALABRA EN DROGAS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS PUROS. LA EXCELENCIA DE LOS PRODUCTOS LILLY ES EL FRUTO DE LARGOS AÑOS DE ESFUERZOS BIEN DIRIGIDOS Y DE UN AFAN DE LANZAR AL MERCADO NADA MAS QUE LO MEJOR.

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

PARA LA RECETA MEDICA

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
JUL 14 1943

O XXXV ABRIL, 1943. NUMERO 4.

Comparative Pathology and Tropical Medicine HARVARD MEDICAL SCHOOL

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

OLAC *Alimento Completo Especial Para*

Prematuros y Recién Nacidos

EL OLAC encarna las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe de ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la prematurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).

En la alimentación de los prematuros, el Olac ha dado resultados tan buenos como la leche de pecho y superiores a las fórmulas de leche evaporada. Stoesser hace las siguientes conclusiones de su estudio con más de 200 lactantes:

"La preparación de leche descremada y aceite de oliva sale triunfante de las pruebas clínicas, representando una mezcla de sólidos de leche descremada, caseinato de calcio, aceite de oliva, y Dextro Malto, en proporciones que la investigación científica ha demostrado que son las más útiles para el fomento y desarrollo del crecimiento del recién nacido y del prematuro. Las criaturas, tanto pequeñas como grandes, la asimilan con suma facilidad y muy pocos trastornos digestivos, por lo cual aumentan rápidamente de peso."

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en farmacias en latas de 454 gms. a un precio sumamente módico.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E.U.A.

P. O. BOX 3081, SAN JUAN, P. R.

SUMARIO

Página

Quiste hidatídico del Pulmón, Braulio Pérez, M. D., Buenos Aires, R. A. — — — — — — — — — — — — — — — — — 129

Diverticulosis del Duodeno — Informe de casos, M. Soto Rivera, M. D., San Juan, P. R. — — — — — — — — — — 143

Anestesia espinal contínua, o anestesia fraccionada, José Noya Benítez, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — 150

Obstrucción Renal por Cálculo biliar, Jorge del Toro, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — 156

Anencéfalo — Breves consideraciones, L. A. Balasquide, M. D., Ponce, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — — 159

The Diagnosis of Lymphogranuloma Venereum Adenitis, F. Hernández Morales, M. D., San Juan, P. R. — — — — — 163

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — — 166

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.



PARA UNA

Prolongada Acción

ANTIFEBRIL Y

DESCONGESTIVA

APLIQUE

NUMOTIZINE

Aplicándola prontamente sobre el sitio de la inflamación o congestión, Numotizine alivia rápidamente el dolor, y por sus efectos hiperémicos ayuda a disipar la congestión.

La absorción lenta y constante por la piel de las drogas analgésicas y antipiréticas que contiene—guayacol y creosota—produce una acción antifebril constante y prolongada sin interferir con las funciones digestivas.

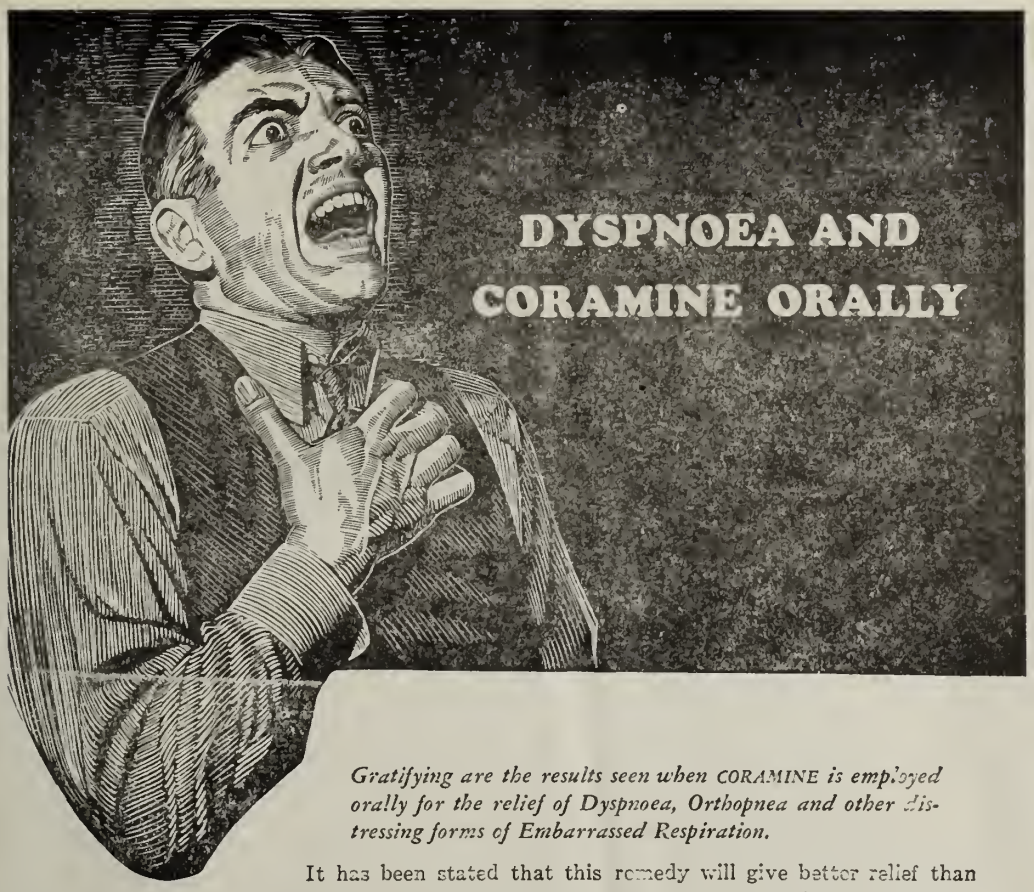
NUMOTIZINE, INC.

900 No. Franklin Street **Chicago, Ill., E. U. A.**

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

F R A N C I S C O C A S T A G N E T

Tanca No. 1 — San Juan, P. R.



Gratifying are the results seen when CORAMINE *is employed orally for the relief of Dyspnoea, Orthopnea and other distressing forms of Embarrassed Respiration.*

It has been stated that this remedy will give better relief than anything that has so far been found, when used freely and fearlessly.[1]

Often overlooked, however, is the extreme value of *CORAMINE** orally for extended periods of treatment. It has been given as a 25% solution, one dram three times daily. The wide therapeutic margin of safety reduces the possibility of undesirable side effect.

In emergencies *CORAMINE* is used intramuscularly, subcutaneously or intravenously in doses of from 5 to 10 cc. Use it in your next case of Dyspnoea.

[1]Lankford, J. S., "Coramine," Clinical Medicine & Surgery, 37, 670, 1930.

CORAMINE

AMPULS **LIQUID**

A Cardio-Respiratory Stimulant

Produced Only by Ciba

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

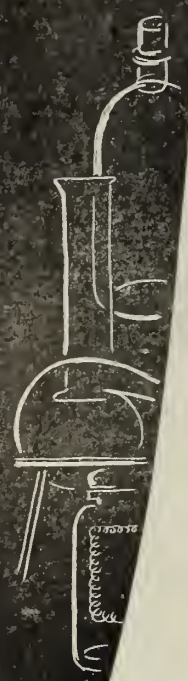
CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

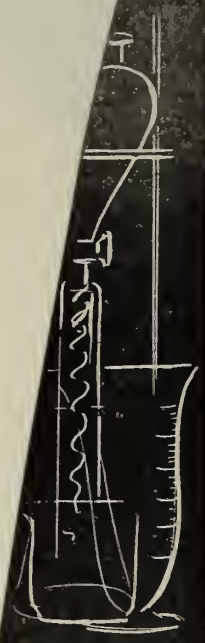
SUMMIT, NEW JERSEY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860







DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.



Al servicio de la Marina

EN alguna parte en alta mar, con las máquinas forcejeando en la urgencia de su misión, audaces barcos grises siguen su rumbo sin temor al peligro de los cetáceos de acero que acechan bajo las ondas.

En los puentes de mando y en los puestos de vigilancia, indómitos vigías atalayan el horizonte con gemelos Bausch & Lomb, en guardia contra el ataque enemigo.

Los gemelos son sólo uno de los muchos instrumentos de guerra que Bausch & Lomb está fabricando para las Naciones Unidas. Por eso, nuestros favorecedores en las Américas, considerando la necesidad que hay de luchar con todas las fuerzas en esta guerra, están prescindiendo de las cantidades habitnales de nuestros lentes e instrumentos de precisión, que acostumbran adquirir, hasta que se alcance la Victoria.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJANO GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cisto-endoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

OTOLOGIA AVANZADA

Un curso especial en otología avanzada incluyendo instrucción operatoria en cadáveres, la más reciente técnica operatoria para petrositis, meningitis, cirugía para mejorar defectos auditivos (otoesclerosis), asistencia a clínicas y conferencias, examen pre-operatorio de pacientes, presencia a operaciones, y curso post-operatorio de los enfermos en las salas.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

Aumenta la tuberculosis en tiempo de guerra – ¡ES NECESARIA LA VIGILANCIA!

PRUEBA TUBERCULINICA EN PARCHE
(Vollmer)

Lederle

La tuberculosis al parecer va creciendo en las naciones beligerantes del segundo conflicto mundial. Los datos fragmentarios ahora obtenibles indican que las muertes por tuberculosis han ido aumentando en Inglaterra, Gales y Escocia.[1] En Hong Kong murieron 5,751 tuberculosos en 1940, mientras que en el año anterior esta cifra solamente alcanzó 4,443.[2] En los Estados Unidos de Norte América la curva descendente de la enfermedad es más lenta, hecho que, según la Asociación Antituberculosa Nacional, es advertencia de que esta enfermedad muy pronto aumentará de modo inusitado.

El "Ensayo Tuberculínico en Parche (Vollmer) *Lederle*" ha demostrado ser instrumento ventajoso y confiable en las grandes campañas selectivas contra la tuberculosis.[3,4]: (a) es fácil de aplicar y rápido, prestándose para los grupos grandes, (b) sus resultados son satisfactorios y acertados, (c) las reacciones son de poca importancia y (d) la aceptación general de este ensayo por el público lo ha hecho un favorito "primer paso" en las campañas antituberculosas selectivas.

Las campañas antituberculosas en gran escala son más urgentes que nunca—¡mantengamos siempre nuestra vigilancia!

1 Long, E. R.: Am. Rev. Tuberc.; 45 : 616 (junio) 1942.

2 Editorial, M. Rec., 154 : 440 (17 de dic.) 1941.

3 Cohen, P. (Depto. de Salubridad del Condado de Santa Barbara, Santa Barbara, Edo. de California): Calif. & West. Med., 56 : 70 (febrero) 1942.

4 Narodick, P. H. (Superintendente y Director Médico del Hospital Tuberculoso del Condado de King, Seattle, Edo. de Washington): Northwest Med., 41 : 193 (junio) 1942.



En envases de 1, 10 y 100 ensayos

Lederle Laboratories, Co., 76 Calle Salvador Brau, San Juan



BUGLE CALLS and FACTORY WHISTLES



OF GREAT importance today are these two calls to duty. For a large percentage of America's population the bugle sounds the start of a day of military service. For millions of others in essential war industry the factory whistle marks the resumption of collaborative effort. Their work represents a contribution to the victory that will assure continued freedom and the American way of life.

Numerous manufacturers of medicinal products have been doing a meritorious job of keeping supplies rolling to Army and Navy medical depots. Not the least of manufacturers supplying essential drugs for the global war of the United Nations are we. Our commitments are very large. To do our patriotic duty, it has been frequently necessary to sacrifice our commercial interest. Since we are faithfully answering the factory whistle to help the men who respond to the bugle call, we ask our civilian friends to heed this appropriate call: Be indulgent of temporary shortages and other inconveniences until all of us have won the final victory.

Winthrop CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

SAN JUAN, P. R. 77 ALLEN STREET

Buy War Bonds

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXXV ABRIL, 1943. Número 4.

QUISTE HIDATIDICO DEL PULMON

BRAULIO PEREZ, M. D.*

Buenos Aires, R. A.

A pedido del Dr. Luis Passalacqua, he escrito este breve artículo sobre el tema.

El quiste hidatídico del pulmón es una enfermedad relativamente frecuente en nuestro país.

Desde Enero de 1939 hasta la fecha, he tenido oportunidad de operar 12 enfermos en mi servicio del Hospital Militar Central.

Los enfermos provienen de las zonas ganaderas, particularmente de las pobladas con ovinos.

El perro, los bovinos y ovinos, desarrollan habitualmente el ciclo evolutivo del parásito y accidentalmente el hombre aloja el parásito en su cuerpo en los distintos órganos de la economía.

Según Ivanissevich, si 100 embriones hexacantos, penetraran al mismo tiempo en el sistema de la vena porta, su distribución se haría en los distintos órganos en la forma que indica el esquema.

El tratamiento quirúrgico de la localización pulmonar fué iniciado en nuestro país por Alejandro Posadas, teniendo su continuador en su discípulo el Profesor Arce, creador de procedimientos y maniobras especiales en el tratamiento de esta enfermedad.

El Profesor Ivanissevich discípulo a su vez del Profesor Arce que ha ocupado como titular la 1a. Cátedra de Clínica Quirúrgica (por retiro voluntario de su maestro), continúa estudiando y precisando la patología, el diagnóstico y el tratamiento. De sus trabajos nos hemos permitido sacar los esquemas que ilustran el presente.

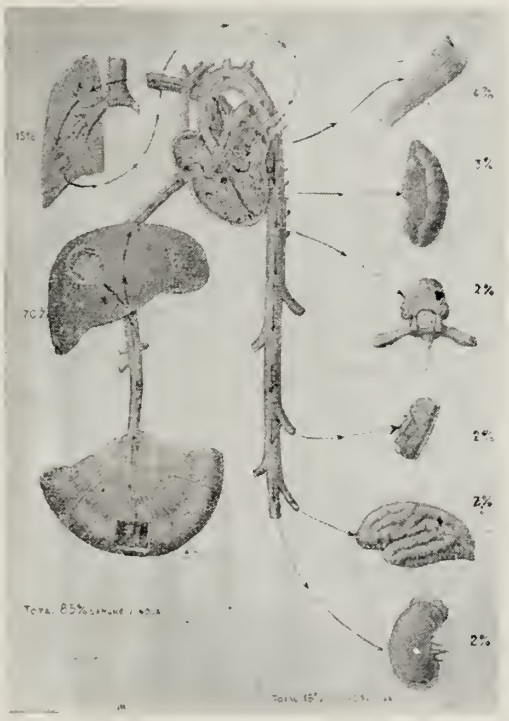


FIG. No. 1.
(Tomada de Ivanissevich).

Es así que todo estudio que se relacione con la hidatidosis en nuestro país y especialmente en la localización pulmonar se halla relacionado con estos tres nombres.

---

* Cirujano de Regimiento, Jefe del Servicio de Cirugía de Tropa del Hospital Militar Central, Buenos Aires, R. A.

Anatomía patológica.

Localizado el embrión hexacanto a nivel del pulmón el quiste crece lentamente. En su crecimiento extrínseco el parásito atelectasia los alveolos pulmonares, disloca los bronquios, las arterias y las venas.

El tejido pulmonar atelectasiado en contacto con el parásito forma la membrana periquística que está constituída por una lámina de tejido conjuntivo ténue al comienzo de la enfermedad. Esta membrana se denomina adventicia.

A medida que crece el quiste, por la acción irritativa y tóxica del parásito y las infecciones de los pequeños bronquios adquiere un espesor mayor.

Todo el espesor de tejido pulmonar así transformado se pierde posteriormente para su función una vez extirpado el parárásito, mientras que el tejido pulmonar colapsado no modificado es recuperable.

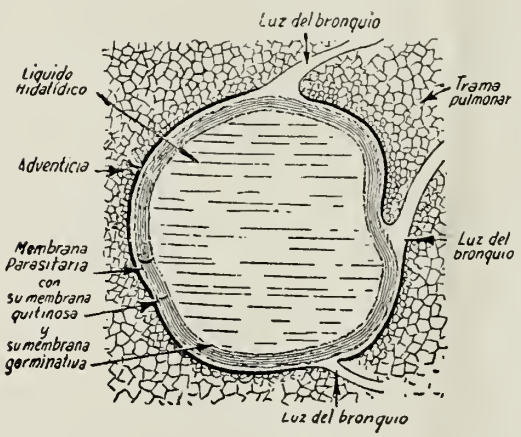


FIG. No. 2.
(Tomada de Ivanissevich).

Este hecho anatómico explica la secuela de las cavidades residuales.

La hidátide está constituída por una membrana y el líquido que contiene.

La membrana está formada por dos capas, una externa quitinosa más gruesa y la interna germinativa. El líquido es límpido y transparente.

La reacción patológica de la pleura visceral y parietal en la zona en que el quiste está más próximo a la pared del tórax interesa conocer especialmente al cirijano.

En algunos casos existen zonas amplias de sólidas adherencias entre ambas pleuras, en cambio en otros no existe ninguna adherencia pleural.

Este hecho no tiene relación con el tamaño del quiste.

Como puede verse claramente en el esquema 2, existen siempre pequeños bronquios abiertos en la superficie de la adventicia, circunstancia anatómica que contraindica para algunos cirujanos operar estos enfermos en un tiempo cuando no existen adherencias pleurales.

Evolución.

La evolución natural de estos tumores es su crecimiento constante, durante él pueden sobrevenir las siguientes eventualidades:

1º) Evacuación por vía bronquial (vomica hidatídica total del líquido y membrana) con curación clínica del enfermo posible en los quistes del lóbulo superior y en los del campo pulmonar medio próximos al hilio.

2º) Evacuación total del líquido y retención de la membrana parasitaria (membrana encarcelada).

3º) Evacuación parcial con infección de la cavidad.

4º) Rotura del quiste en la cavidad pleural (hidatidopleura).

5º) Muerte del parásito y calcificación de la adventicia.

Diagnóstico.

Los enfermos solicitan asistencia médica por tos, espectoración, dolores a nivel tórax o hemoptisis.

El examen clínico del aparato respiratorio es muchas veces negativo, o da signos comunes a cualquier enfermedad pulmonar, ensanche o retracción de los espacios intercostales, disminución de las vibraciones vocales. Submatitez o matitez, y modificaciones variables de la respiración, así como pueden encontrarse toda la gama de ruidos agregados.

El único signo clínico patognomónico es la expectoración de elementos hidatídicos comprobada por el médico o el laboratorio.

Es común que la hidatidosis pulmonar evolucione durante años silenciosamente y es en ocasión de un examen radiológico de rutina, catastro radiológico de los reclutas, examen radiográfico escolar, etc., que se descubre.

La salud del paciente no se halla afectada, su estado de nutrición es normal y sus órganos y sistemas no sufren deficit funcional.

Examen radiológico.

Los Rayos X facilitan el diagnóstico.

Como se ve en las radiografías que acompañan este trabajo, revelan la existencia de un tumor en la cavidad del tórax.

Los exámenes radiológicos especiales (radiografías con neumotarax, tomografías, broncografías), localizan el proceso a un determinado campo pulmonar y establecen las relaciones con la pared del tórax y los demás órganos de la cavidad.

Los quistes hidatídicos no complicados aparecen en las radiografías simples como imágenes redondas (trazadas a compás), de volúmen variable. Radiografías Nros. 1 y 2.

Según Ivanissevich (1) esta sombra es por si sola inespecífica, mientras el quiste no esté complicado, ya que puede ser dada por distintos procesos pulmonares.

Sin embargo, en nuestro país, cuando se trata de un paciente que proviene de una zona infectada, sin alteración del estado general, existe casi la certeza de que se trata de un quiste hidatídico del pulmón.

Cuando se contasta en la radioscopía o radiografía algunas de las siguientes complicaciones las sombras radiológicas son específicas del quiste de pulmón (Ivanissevich).

Estas complicaciones son:

1º) Neumoperivesicular (signo descrito por Morquio, Bonaba, y Soto. El aire a través de un pequeño bronquio separa la adventicia de la membrana parasitaria.

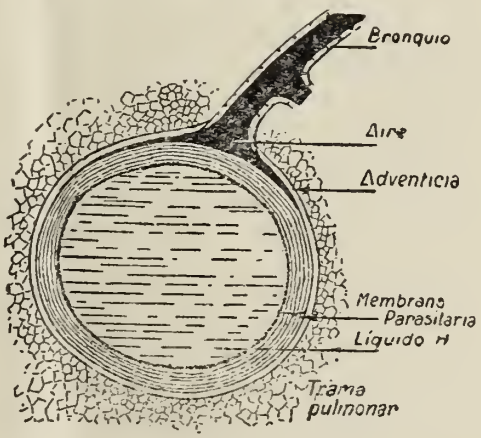


FIG. No. 3.
(Tomada de Ivanissevich).

2º) Signo del doble arco (Ivanissevich). Aquí el quiste se ha vaciado en una pequeña cantidad habiendo entrado aire que separa la adventicia del quiste y aire en el interior del quiste.

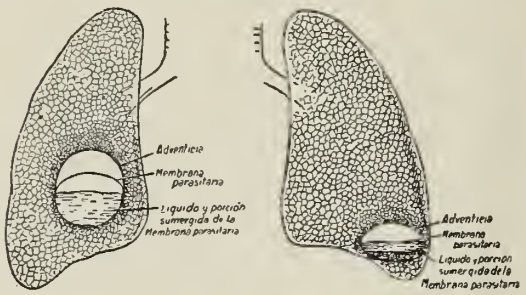


FIG. 11 — Signo del "doble arco" (Ivanissevich)

FIG. 12 — Otra variedad del doble arco"

FIG. No. 4.
(Tomada de Ivanissevich).

3°) Signo del camalote (Lagos García y Seges). En este caso se ha vaciado parcialmente el quiste y la radiografía revela una cámara redonda hidro aérea.
Sobre la superficie horizontal del líquido emerge una opacidad que deforma la línea horizontal y es debido a la membrana parasitaria arrollada y parcialmente sumergida en el líquido. Este signo es más fácil observarlo bajo la pantalla radioscópica moviendo al enfermo. Radiografías Nros. 7 y 8.

Laboratorio.

Tres datos de laboratorio es necesario investigar que apoyan el diagnóstico:

1°) *Eosinofilia.* Es constante aunque naturalmente inespecífica, variable en intensidad desde el 5 al 15 o 20%, en uno de nuestros enfermos 47%, desaparece una vez operado el enfermo o cuando el quiste es asiento de un proceso infeccioso.

2°) Intradermo reacción de Cassoni. Es una reacción alérgica. Se utiliza el antígeno hidatídico, líquido hidatídico extraído de los quistes de los animales o en los hospitales, de los quistes operados, técnica seguida de preferencia en la cátedra del Profesor Arce y que nosotros continuamos.
La técnica consiste en inyectar en el dermis del antebrazo 1/10 de cc. de antígeno hidático.
La reacción se establece en general a la media hora aunque para descartar su negatividad es necesario esperar 24 horas.
La reacción es positiva cuando se desarrolla en el sitio de inoculación una placa urticariana de tamaño variable.

3°) Reacción Imaz—Appathie y Lorenz—
También conocida con el nombre de Reacción de Ghedini, está basada en el fenómeno de Bordet de fijación del complemento. Es de menos valor que la anterior.

Tratamiento.

El tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón es esencialmente quirúrgico.

Una primera clasificación es necesario establecer. Se trata de un quiste hidatídico limpio, sin infección, o se trata de un quiste hidatídico infectado o supurado.

Nos vamos a referir especialmente al primer caso ya que la segunda posibilidad no diferencia en nada del tratamiento de las supuraciones pulmonares.

Cuando se trata de un quiste limpio, hecho el estudio radiológico, es necesario determinar si existen zonas de adherencias pleurales entre pleura parietal y visceral en el sitio de elección operatoria para abordar el quiste.

Esto se puede determinar por el neumotorax provocado con fin diagnóstico en el cual el examen radiológico en distintas posiciones determina con exactitud el asiento y extensión de las adherencias.

Cuando se comprueba la existencia de

adherencias se considera al quiste extrapleuralizado y la operación es sencilla consistiendo en los siguientes tiempos:

1°) Incisión de piel y tejido celular subcutáneo de 8 a 10 cms. sobre la superficie de la costilla a resecar (su ubicación en el tórax está dada por la localización del quiste).
2°) Incisión de los planos musculares.
3°) Resección de un segmento costal de 4 a 6 cms.
4°) Comprobado por el examen la existencia de adherencias se punza el quiste con jeringa, ratificando el diagnóstico.

Se evacua el líquido mediante un trocar con aspiración muy suave. En los quistes de pulmón está contraindicado el uso del formol como agente esterilizante.

Terminada la evacuación del líquido se incinde la periquista y se extrae la membrana parasitaria.

Se coloca un espéculo vaginal a través de la herida (maniobra del Profesor Arce), y se examina la cavidad dejada por el parásito y su contenido líquido observando a veces con frecuencia algunos pequeños bronquiolos abiertos.

Posteriormente se procede al tratamiento de la cavidad por la marsupialización y el drenaje.

Se cierra parcialmente la herida por planos.

En estos casos se puede efectuar la operación bajo anestesia local.

En el 2° caso cuando no existen adherencias pleurales la conducta quirúrgica a seguir es distinta.

Las opiniones de los cirujanos se hallan divididas. Las dificultades y peligros cuando la pleura está libre consisten en el neumotorax operatorio y en la infección de la cavidad pleural. Hay cirujanos que prefieren crear en un primer tiempo las adherencias en la misma forma que se practica el primer tiempo para operar un absceso de pulmón. Procedimiento reglado para los quistes hidatídicos del pulmón por los cirujanos uruguayos Lamas y Mondino y perfeccionado por Ivanissevich en nuestro país.

Sin embargo el procedimiento no es seguro y a pesar de los más variados detalles de técnica en un gran porcentaje de casos, no se producen dichas adherencias, siendo sus resultados prácticos inseguros.

Arce, con el objeto de evitar los inconvenientes del neumotorax operatorio, lento o brusco, creó para la cirugía de los quistes hidatídicos del pulmón el procedimiento que lleva su nombre del neumotorax previo.

El procedimiento consiste en inyectar en la cavidad pleural días antes de la operación y en tres sesiones día por medio una cantidad de nitrógeno o aire en forma progresiva; 300 a 500 cc: para la primera sesión; 500 a 700 cc. para la segunda y de 700 a 1000 cc. para la tercera, comprobando por radiografías sucesivas el colapso pulmonar.

Esta maniobra que el Profesor Arce efectúa desde 1926 para toda intervención quirúrgica en la cavidad del tórax, le ha permitido operar los quistes del pulmón con pleura libre, antes del uso de los aparatos de anestesia a circuito cerrado e intubación traqueal como si se operara en la cavidad abdominal.

Efectuada la toracotomía trata el quiste según su tamaño o estado de infección del mismo por la marsupialización o el procedimiento de Posadas.

El procedimiento de Posadas consiste en

la sutura de la incisión pulmonar una vez extraído el parásito.

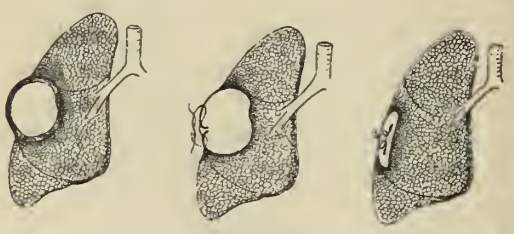


FIG. No. 5.
(Tomada de Ivanissevich).

Hemos optado por la operación en un tiempo considerando de escaso riesgo la infección pleural. Además en los casos que hemos ensayado el procedimiento de Lamas y Mondino (operación en dos tiempos), el resultado no ha sido satisfactorio.

La técnica que se describe a continuación es la efectuada en la operación que presenció el Dr. Luis Passalacqua en nuestro servicio y de la que tuvo la gentileza de tomar algunas fotografías.

Se trata de un enfermo portador de un quiste hidatídico situado en lóbulo inferior del pulmón derecho.

Anestesia general con ciclopropane e intubación traqueal.

Posición del enfermo decúbito anterior oblícuo izquierdo.

Incisión de la piel y tejido celular subcutáneo de 10 cms. sobre la 9ª costilla entre la línea escapular y axilar posterior, se secciona el músculo gran dorsal, resección 8 cms. de la 9ª costilla.

Se incinde la pleura parietal comprobando la existencia de adherencias tenues laxas en la parte posterior de la incisión, en la parte anterior la pleura está libre, mediante la hiperpresión se impide el neumotorax total.

Se protege la cavidad pleural con compresas, reconociendo la superficie del quiste por su color y su consistencia renitente.

Se punza el quiste con aguja fina y con jeringa se extrae líquido claro (cristal de roca).

El líquido extraído en esta forma es enviado al laboratorio quien directamente prepara antígeno humano para efectuar la reacción de Cassoni.

Retirada la aguja se evacua el contenido líquido con un trocar sin hacer aspiración mecánica, o si ella se realiza siempre debe ser muy suave.

Se amplía la brecha de la neumotomía y se extrae la membrana.

A través de la brecha se coloca un espéculo vaginal (maniobra del profesor Arce), y se examina la cavidad dejada por la evacuación del parásito, extirpando todo resto de membrana, observándose algunos pequeños bronquios abiertos, hecho que constata el anestesista por la pérdida de presión a nivel de la bolsa del aparaeo de anestesia.

Marsupialización de la adventicia a los músculos intercostales, lo más cuidadosa posible; antes de terminar la marzupialización se reduce totalmente el neumotorax operatorio por la hiperpresión. Drenaje de la cavidad con sonda de Pezzer y dos láminas de caucho. Cierre parcial de la herida.

Postoperatorio.

Los cuidados postoperatorios son los comunes a los operados de tórax.

La cavidad dejada por la evacuación del parásito se reduce progresivamente de tamaño. El tejido pulmonar colapsado es recuperado por la función pulmonar en forma rápida.

En un plazo de 3 a 4 semanas, de la gran cavidad queda una pequeña que se controla directamente o por exámenes radiográficos.

Retirado el drenaje la cicatrización total de la herida se hace rápidamente, que-

dando como secuela una pequeña cavidad residual. Radiografías Nros. 3, 4, 9 y 10.

El postoperatorio puede ser alterado por complicaciones; citamos las más comunes:

a) Pleuresía purulenta o Pioneumotorax.
En el primer caso cuando se infecta la cavidad pleural y la segunda complicación cuando en un acceso de tos, las suturas de la marsupialización cortan el tejido de la adventicia y el pulmón se retrae hacia el hilio.

b) Enfisema subcutáneo.
Al hacer la marsupialización pequeños bronquios son abiertos por la aguja de sutura y el aire puede infiltrar el tejido celular subcutáneo.

c) Hemorragia.
La infección de la cavidad a veces de tipo fagedénico origina hemorragias generalmente graves y a veces mortales.

d) Fistulización bronco cutánea.
Cuando el epitelio de los pequeños bronquios recubre la cavidad de adventicia y llega a unirse a la epidermis.
Secuelas. Las secuelas observadas son las bronquiectasis y especialmente las cavidades residuales (broncografías Nros. 3, 4, 9 y 10).

Mortalidad.

En nuestros doce casos hemos perdido un enfermo de hemoptisis a repetición en el pòstoperatorio alejado. Enfermo portador de hidatidosis múltiple y a quien habíamos operado un solo quiste.

Acompañan este trabajo radiografías de 7 de nuestras observaciones.

BIBLIOGRAFIA

1.—*Oscar Ivanissevich.*
Tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón. Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica. Septiembre-Octubre de 1933.

2.—*Luis Mario Alonso.*
Introducción al estudio de la Equinococosis. (Biología y Patología general). Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica. Noviembre de 1939.

NOTA: En estos dos trabajos del Instituto de Clínica Quirúrgica existe una numerosa bibliografía.

OBSERVACION No. 1

Radiografías Nros. 1, 2, 3 y 4.

Quiste hidatídico pulmón izquierdo. Síntomas clínicos: dolor hemitórax izquierdo. tos y expectoración hemoptoica. Signos físicos: disminución de vibraciones vocales, matitez, disminución de la entrada de aire.

El neumotórax reveló la existencia de adherencias pleurales en la región posterior.

La operación se efectuó con anestesia local, se hizo la evacuación del parásito y la marsupialización de la cavidad.

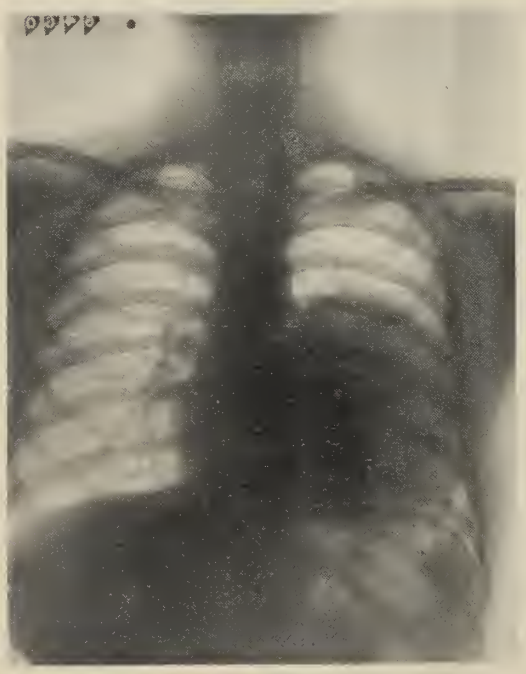
Las radiografías 1 y 2 muestran la imagen redondeada del quiste y su localización.

Las radiografías Nros. 3 y 4 hechas tres meses después de operado, revelan la existencia de una pequeña cavidad residual.

(Broncografías con lipiodol).



Radiografía No. 2.



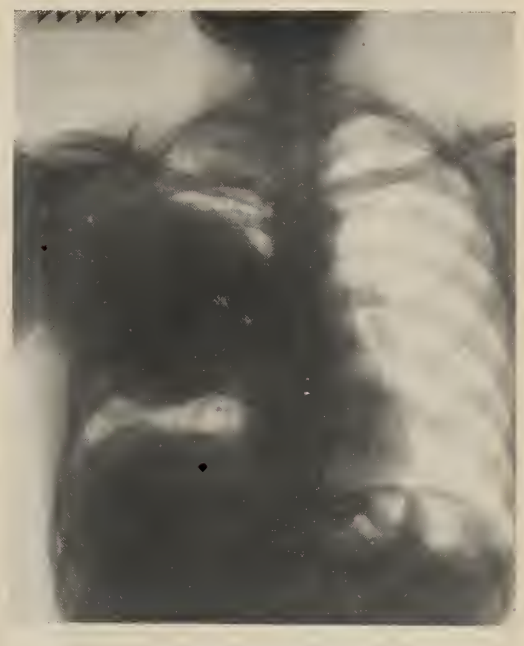
Radiografía No. 1.



Radiografía No. 3.



Radiografía No. 4.



Radiografía No. 5.



Radiografía No. 6.

OBSERVACION No. 2.

Radriografías Nros. 5 y 6

Quiste hidatídico pulmón derecho.

Síntomas clínicos: dolor hemitórax derecho, tos y expectoración hemoptoica.

Signos físicos: disminución de vibraciones vocales, submatitez y disminución de la entrada de aire.

Fué operada con anestesia local, existían amplias adherencias pleurales. Marsupialización y drenaje.

OBSERVACION No. 3

Radiografías Nros. 7 y 8.

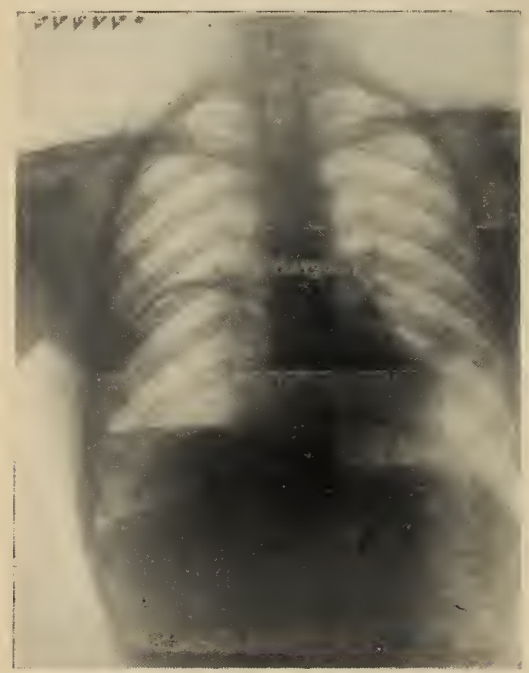
Quiste hidatídico pulmón derecho. Parcialmente evacuado.

Síntomas clínicos: expectoración abundante, fiebre, dolor hemitórax derecho.

Signos físicos: toda la variedad de signos que puede dar una gran cavidad hidro aérea que comunica con los bronquios.

Al examen radiográfico se observa, el signo del "Camalote" patognomónico del quiste hidático del pulmón parcialmente evacuado.

Las broncografías con lipiodol Nros. 9 y 10 después de ser operado muestran la existencia de una cavidad residual.



Radiografía No. 7.



Radiografía No. 8.



Radiografía No. 9.



Radiografía No. 10.

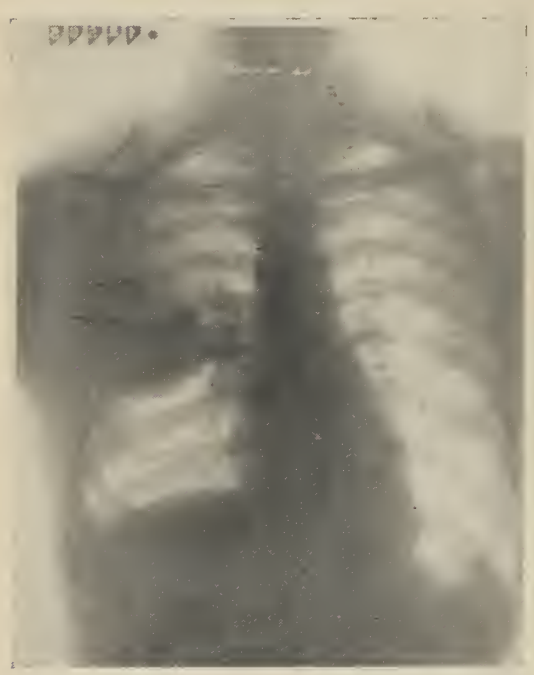
OBSERVACION No. 4.

Radiografías Nros. 11, 12, 13 *y* 14.

Quiste hidatídico pulmón derecho.

Síntomas clínicos: tos y febrícula.
Signos físicos: submatitez, disminución de entrada de aire, frotes pleurales en la región axilar derecha.
Laboratorio: eosinofilia 47%, reacción de Cassoni positiva.

Las radiografías simples de frente y perfil revelan la imágen de un hidroneumoquiste más visible en la tomagrafía No. 13. Operado con dos tiempos, no se consiguió la formación de adherencias en el primer tiempo.
Complicación: pleuresía purulenta que no revistió carácter grave.
La radiografía No. 14 muestra el estado del pulmón al ser dado de alta.



Radiografía No. 11.



Radiografía No. 12.



Radiografía No. 13.



Radiografía No. 14.

OBSERVACION No. 5.

Rodiografías Nros. 15 y 16

Quiste hidatídico del mediastino anterior, descubierto durante un examen radiológico.
Evolucionaba sin síntomas.
Operado en un tiempo con anestesia local.
Curó sin complicaciones.



Radiografía No. 15.



Radiografía No. 16.

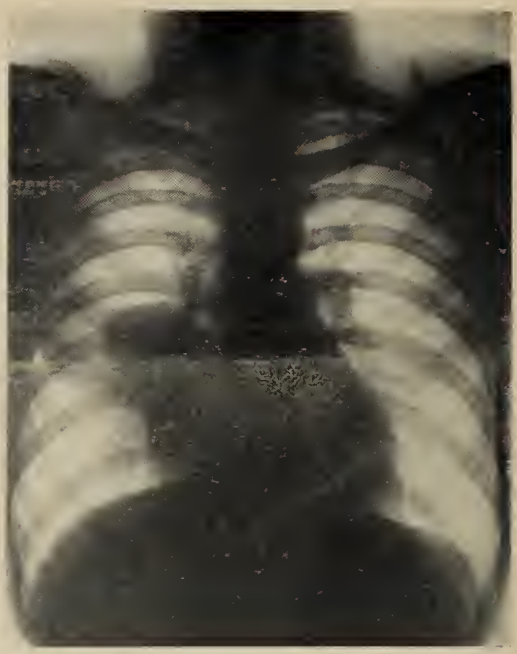
OBSERVACION No. 6.

Radiografía No. 17.

Hidatidosis pulmonar múltiple.
Fué operado del quiste de la base del pulmón derecho.
Diez semanas después, habiendo sido simple el postoperatorio, el enfermo fallece por grandes hemoptisis a repetición.
No se efectnó autopsia y no se pudo determinar el origen de la hemoptisis.



Radiografía No. 17.



Radiografía No. 18.

OBSERVACION No. 7.

Radiografías Nros. 18 y 19

La radiografía de frente revela una sola sombra tumoral.
La radiografía de perfil descubre la existencia de dos quistes hidatídicos del pulmón derecho.



Radiografía No. 19.

DIVERTICULOSIS DEL DUODENO*

Informe de Casos

M. SOTO RIVERA, M. D.

San Juan, P. R.

Durante los últimos meses he tenido la oportunidad de observar dos casos de divertículos del duodeno, diagnosticados a satisfacción después de usar un método que no he podido aún encontrar descrito. Considero que la presentación de estos dos casos sirva para discutir esta condición patológica del duodeno.

PRIMER CASO

Paciente: *P. L. L.:* Edad, 50 años. Casado. Blanco. Agricultor.

Síntoma principal: Molestia en el epigastrio.

Historia pasada: Sarampión; tosferina y alguno que otro ataque de influenza. Niega enfermedades venéreas y nunca recuerda haber estado enfermo de gravedad. No hay historia de tifo o pulmonía.

En 1930 fué ingresado en el Auxilio Mutuo sufriendo de un catarro naso-faríngeo de 4-5 meses de duración. Dolores en las rodillas y otras articulaciones que calificaba de reuma.

Dice que por años ha padecido de dispepsia (?)

Tiene 3 hijos, todos vivos, saludables y bien desarrollados.

Historia familiar: Padre murió de viruela. Madre de un cáncer en la matriz. Cuatro hermanos. Todos vivos y bien.

Enfermedad actual: — Hace 15 días nota una agudización de su dispepsia, sintiéndose además ligero dolor en el hipocondrio derecho que se irradia hacia la espalda y a veces al hombro derecho. Este dolor no guarda relación alguna con las comidas. No tiene náuseas ni vómitos, pero sí nota una ligera pesadez post-prandial sin notar relación alguna con ciertos determinados alimentos. A veces sufre de buches agrios y de mal sabor. *Hay ligera flatulencia pero sus hábitos intestinales no han sido alterados.*

Examen físico: Paciente bien desarrollado y bien nutrido. Nada anormal en el cráneo. Ojos y nariz negativos. Dientes bien conservados. Lengua algo saburrosa. Amígdalas y faringe, negativos. No hay infartos ganglionares en el cuello y el bocio está normal.

La caja torácica, simétrica y bien desarrollada. Pulmones aparecen normales tanto en la inspección como a la percusión y auscultación.

Nada anormal en el corazón o aorta.

Vientre: Hay ligera flacidez de las paredes abdominales, pero no se observa alguna otra anormalidad. A la palpación se nota un ligero dolor en la región hipocondrial derecha, sin ninguna defensa o aumento de sensibilidad.

El signo de Murphy es negativo. No hay evidencia de taras luéticas o de infección Neisseriana.

Examen Neurológico: Pupiles redondas y responden al reflejo de luz y distancia. No hay Rhomberg. Reflejo patelar: Normal.

El paciente ingresa por nuestro consejo, para ser estudiado con más detenimiento, con los siguientes resultados, en cuanto a nuestras investigaciones:

* Leído durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 12, 1943.

1:—Wasserman: Negativo.

2:—Contage de Glóbulos Rojos: 4,380,-000. Hemoglobina 86% (14.7). Indice de Color: 1.00. Glóbulos Blancos: 8,850.

Diferencial:—Polinucleares: 61.0%
Grandes Monocitos 26.0%
Pequeños " 4.0%
Eosinófilos 8.0%
Basófilos 1.0%

3:—Orina: Negativa.

4:—Química de Sangre:

Glucosa:	95.94	Mg/100	c.c.
N. P. N.	34.78	"	"	"
Urea Nitrogen	14.16	"	"	"
Creatinina	2.80	"	"	"
Acido Urico:	3.60	"	"	"

5:—Jugo Gástrico.

	A. C. L.	*A. Total*
1:—	60	70
2:—	25	36
3:—	67	78
4:—	65	73
5:—	55	66

Examen Roentgenológico:—

1:—*Vesícula Biliar:* Usando la técnica de Kirklin. Se visualiza la vesícula: Normal; forma, posición y tamaño. Densidad uniforme e intensa. Vaciamiento con la comida de prueba: Completo. Interpretación: Negativa.

2:—*Tubo Digestivo:* Esófago: Deglución está normal.

Estómago: Se llena bien; no presenta defecto alguno en el contorno; las ondas peristálticas algo rápidas y profundas pero no aparecen exageradas en cuanto al número; el píloro deja pasar el bario sin dificultad alguna; el bulbo duodenal cuando se visualiza aparece normal; aunque algo dilatado, observándose una dilatación anormal en la región de la segunda porción del duodeno, que no se vacía y que hace muy difícil la visualización de la tercera porción del duodeno.

A las 6 horas: Después de la ingestión del bario con el paciente en abstinencia absoluta, se encuentra una marcada retención del bario en el estómago y persiste la sombra de la aparente dilatación del duodeno. Del resto del bario, hay parte esparcido en el intestino fino y parte en el colon, la cabeza de la columna distal del bario en el tercio distal del colon transverso.

Después de esto, en vista de la anormalidad del duodeno y como el paciente tiene muy buenas relaciones con un grupo de médicos muy distinguidos, le pedimos que hiciese que estos colegas vinieran a tener un cambio de impresiones. Después de este cambio de impresiones, acordamos reinvestigar el paciente para determinar si era posible dilucidar si se trataba de un divertículo del duodeno o de una obstrucción parcial del mismo.

Como quiera que en la segunda observación no nos fué posible determinar con exactitud meridiana la presencia del divertículo o de la obstrucción intestinal, decidimos entonces pasar el tubo de Rehfuss al duodeno e ir llenando fraccionalmente el duodeno con una suspensión de bario, obteniendo una radiografía inmediatamente después de introducir la fracción. Con esta técnica, pudimos, a satisfacción de todos, demostrar que se trataba de un divertículo del duodeno.

Se aconsejó entonces un tratamiento médico y una observación continua. El paciente continúa en sus labores.

SEGUNDO CASO

Paciente: P. D. C. 63 años. Blanco. Casado. Comerciante.

Síntoma principal actualmente: Dolor en la parte inferior, lado izquierdo que corresponde a la región del colon descendente, casi continuo y a veces muy fuerte, que le impide dormir.

Historia familiar: Dos hermanas padecen de diabetes. Lo demás, negativo.

Historia pasada: No hay historia de enfermedades de la niñez. Hay historia de pulmonía; malaria. G.C. y Lues. Diabetes. Ha padecido de hemoroides, por lo que fué operado.

Historia Actual: Cerca de cinco meses antes de su primer ingreso en el Auxilio Mutuo, sintió súbitamente un dolor en el cuadrante superior derecho; en la región precordial, hombro y mano izquierdas. Un mes después sufrió otro dolor similar. Desde el primer ataque dice que le comenzó un catarro con una tos muy molestosa; una frecuencia que le obligaba a orinar de 15 a 20 veces al día y de 6-8 por la noche. Recuerda que un día orinó mucha sangre; también empezó a sentir fatiga, especialmente después de cualquier ligero esfuerzo y notó ligera hinchazón de los tobillos.

En Febrero 15, 1940 volvió a sentir otra vez el dolor, pero esta vez mucho más intenso, en el cuadrante superior derecho, precordio, hombro izquierdo y mano del mismo lado; mucha tos, disnea y fiebre con estertores húmedos en ambas bases, pero sin signos de matidez o de derrame pleural.

Considerándose un caso de mucha gravedad, fué ingresado en el Auxilio Mutuo. Temperatura 38.—Pulso 138—muy débil, pero sin arritmia. Aspecto de extremada angustia y una disnea intensa. Durante 33 días estuvo recluído en el Sanatorio, viéndole en consulta con el Dr. Fernós, la Dra. Piñero y el Dr. J. E. Dávila y luego con el Dr. Muñoz Diaz.

En Abril 1940 tuvo que volverse a recluir con una súbita recaída aunque no con la misma gravedad de antes.

Meses después empieza a sufrir de poliquiuria y de disuria y volvió a ingresar. Un examen cistoscópico reveló un cálculo grande vesical, el cual poco después fué sacado por vía trans-uretral por el Dr. J. E. Dávila. El paciente mejoró notablemente y dejó el Sanatorio.

Durante todo este tiempo seguía el paciente acusando el dolor en el lado izquierdo del abdomen y como él lo atribuía a algo en su aparato digestivo, resolvió ingresar a otra clínica para ser sometido al dictamen de un distinguido especialista del aparato digestivo. Varias semanas después de estar en esta clínica, fuí llamado a una consulta por haber sido yo por muchos años un íntimo amigo del paciente, a la vez que su médico particular.

Se planteó en este consulta la conveniencia de una intervención quirúrgica, encaminada a aliviar el dolor que el paciente seguía sintiendo en el lado izquierdo. Como resultado de esta consulta llegamos a la conclusión que era mejor no operar y que el paciente siguiera el tratamiento del distinguido colega.

Semanas después de haber dejado la clínica reaparecían los síntomas urinarios. Vuelve el paciente al Auxilio; se vuelven a practicar exámenes de Laboratorio y una cistoscopia y días después el paciente abandona el Auxilio para seguir el tratamiento en su casa.

No habían pasado cuatro semanas del paciente haber dejado el Auxilio, cuando un día muy temprano fuí llamado de urgencia. Al llegar a la casa encontré que el paciente había tenido una melena grande y estaba muy pálido y muy nervioso. Hice que se acostara inmediatamente y mandé por la Dra. Piñero. Debo decir que la sangre en la escupidera era de un color rojizo, en parte coagulada, pero sin

evidencia de "borras de café". Inmediatamente se trasladó al paciente a la clínica; se le hizo una transfusión de un litro de sangre. El paciente reaccionó bien y progresó rápidamente hacia una mejoría notable y por mucho tiempo dejó de sentir el dolor en el lado izquierdo del abdomen.

Aconsejé que se le practicara una sigmoidoscopía para ver el origen de la melena; el informe obtenido fué negativo. Entonces se practicó un examen radiográfico gastro-duodenal y como resultado de este examen fuí otra vez llamado a consulta. Las placas presentaban el cuadro de una úlcera juxto-pilórica, y se volvía a considerar la intervención quirúrgica. No estando de acuerdo con la intervención por las siguientes razones: 1:—Por la ausencia de la regular, irregularidad del síndrome de úlcera péptica, dolores post-prandiales, etc, etc. 2:—Por la condición del paciente. 3:—Por creer que el dolor era producido por la anormal dilatación de la aorta abdominal. 4:—Por la característica de la sangre que personalmente había observado. 5:—Por no estar convencido de la úlcera juxta-pilórica a pesar de las placas radiográficas. 6:—Porque esto podía ser también un divertículo del duodeno.

Aconsejé que se volviera a examinar al paciente, usando el método de investigación que empleé en el primer caso aquí presentado. En este examen se demostró sin lugar a dudas, la presencia de un divertículo del duodeno, en su parte cóncava, segunda porción.

Examen Físico (Primer ingreso). Hay algo de emaciación. El paciente al andar presenta una inutilidad de la cadera izquierda que dice él que se desarrolló después de una inyección intramuscular del 606. Reflejo pupilar y Rhoemberg están normales. Dientes postizos. Cuello corto pero sin condición alguna anormal.

Pulmones: No hay matidez ni evidencia de derrame pleural. Hay muchos estertores húmedos en ambas bases.

Corazón: La punta en el borde de la línea mamilaria y sonidos muy distantes; no hay soplo. No hoy arritmia. Pulso regular y rápido.

Abdomen: El hígado se palpa como a 5 cm. por debajo del arco costal; bazo está pequeño; hacia el lado izquierdo, mas hacia la parte inferior, se nota una pulsación anormal, como a 6 cm. de la línea media. No hay evidencia de anormalidad en cuanto al tamaño o posición de los riñones. El signo de Murphy está ausente. El examen prostático se reporta negativo.

Hay marcada flacidez de las extremidades inferiores. El reflejo patelar algo exagerado. No hay Babinsky.

Al ingresar: Temperatura. 38.2. Pulso 130. Presión sanguínea 115/76, la cual bajó al día siguiente a 100/70 y siguió así con ligeras fluctuaciones hasta que dejó el hospital con presión de 120/90.

Exámenes de Laboratorio:—Orina ácida. Densidad 1020. Trazas de albúmina. Azúcar negativo. Indican aumentado. Gran cantidad de piocitos y urobacterias. No hay cilindruria.

Placa de Rayos X: (En la cama) No hay evidencia de matidez o derrame.

Sangre: Glóbulos rojos 4,970,000 Hemoglobina 95%. Indice de color: 0.96. Glóbulos blancos 15,700. Diferencial: Poli: 80%. Linfocitos pequeños 15%. Monocitos 4%. Eosinófilos 1%.

Sedimentación: Primera hora: 5. Segunda hora: 8.

Electrocardiograma: Voltaje muy bajo con evidencia de infarto cardíaco ventrículo izquierdo.

Antes de dársele de alta:—Química de sangre:—

Glucosa:—	156.25	Mgm/100	cc.
N. P. N.	46.52	"	"	"
Urea Nitrogen	17.72	"	"	"
Acido Urico	6.00	"	"	"
Creatinina	1.90	"	"	"

Kahn: Negativo.

Estudio radiográfico gastro-duodenal. Negativo para úlcera o carcinoma.

Estos exámenes de Laboratorio han tenido ligeras alternativas en exámenes posteriores, pero más o menos igual.

Siempre se demuestra en las placas hacia el lado derecho, de la región abdominal una sombra fusiforme que corresponde al área donde se sienten las pulsaciones y donde el paciente acusa dolor.

Diagnóstico:—

Primer ingreso:

Infarto cardíaco. Asistolia.

Anemia secundria.

En estudios superiores:

Cálculo vesical.

Cistitis.

Divertículo del duodeno.

Aneurisma de la aorta abdominal, no obstante el Kahn negativo.

Tratamiento: Dietético y sintomático.

No son, en verdad, raros los divertículos del tubo digestivo. Con frecuencia se encuentran en el colon, especialmente en el colon descendente y en el sigmoide y luego por orden de relativa frecuencia se encuentran en la faringe, el esófago, yeyunoileon; raras veces en el duodeno y mucho más raro aún en el estómago (1).

Se acredita a Morgagni el primer caso típico de divertículo del duodeno (2) reportado en el año 1761; pero de acuerdo con Balfour (3) ésto es erróneo y él da crédito a Chomel de haber reportado un caso en el año 1710, aunque Balfour, al igual que otros autores, creen que ésto debió ser un divertículo falso, posiblemente secundario a una fístula colecisto-duodenal, o a una dilatación de la ampolla de Vater, ya que en este divertículo se encontraron veinte y dos cálculos lisos y de color amarillo.

En el año 1913, el Dr. J. T. Case, hizo el primer diagnóstico radiológico de divertículo del duodeno (4).

La primera intervención quirúrgica motivada por una obstrucción del duodeno causada por un divertículo la hizo Baner, quien practicó una gastro-enterostomía para aliviar la obstrucción. La primera extirpación de un divertículo del duodeno fué practicada por los Dres. Foersel y Key (5).

Los divertículos del duodeno pueden ser congénitos o adquiridos; verdaderos o falsos. Por regla general los divertículos verdaderos son congénitos y los falsos adquiridos. En apoyo de estas consideraciones se fundan los observadores, en la asociación que se encuentra en los verdaderos divertículos con remanentes de tejidos pancreáticos—no se olvide el desarrollo embrionario del hígado y del páncreas—así como en la presencia de otras anomalías congénitas del tubo digestivo (6) y la de los falsos en la asociación con úlceras duodenales o sitios donde la tracción es mayor. No hay edad exenta, habiéndose observado en el embrio (7).

Ambos sexos pueden ser afectados aunque se describen con más frecuencia en hombres durante la cuarta y quinta década.

Los verdaderos divertículos son protuberancias en bolsas que contienen todos los elementos que forman la pared intestinal y que mantiene una conexión con la luz del canal. Los falsos divertículos son verdaderas hernias de la mucosa a traves de una parte débil de la túnica muscular; especialmente en la región de la ampolla de Vater, en aquellos sitios donde hay tracción y en el borde mesentérico por donde entran los grandes vasos. También se

encuentran en asociación con úlceras del duodeno (8).

Se puede encontrar dos o más divertículos en el duodeno, pero por lo general sólo se encuentra uno, solitario. Los divertículos pueden ser de tamaño bien pequeño o bastante grande, como en los casos que he presentado.

En una serie de ochenta y cinco casos estudiados por Kellog y Kellog, para determinar la localización, 54 se encontraron en la concavidad del duodeno; 55 en la segunda porción del duodeno, de los cuales 28 se encontraron alrededor de la ampolla de Vater; esto es, retroperitoneales.

En otros 43 casos estos mismos observadores estudiaron la relación del divertículo con el páncreas, encontrando lo siguiente:

Penetrando la cabeza del páncreas.... 23
Extendiéndose por debajo de la cabeza del páncreas 14
" sobre la cabeza del páncreas 2
" hacia la cabeza del páncreas 4

En 141 casos estudiados por Balfour en la Clínica Mayo, en cuanto a la localización, encontró:

58% en la segunda porción del duodeno
26% " " primera porción del duodeno
16% " " tercera porción del duodeno.

No hay un síndrome característico de diverticulitis del duodeno. Si el divertículo se llena y retiene su contenido con prolongación considerable, no hay duda que entonces puede presentar síntomas que pueden simular una colecistitis crónica o úlcera del duodeno o una apendicitis crónica. Razones por la cual, Ryan (9), mantiene que en todo caso en que se sospeche una colecistitis crónica, además de estudiarse la vesícula, debe también estudiarse el estómago y el duodeno o vice versa. Si el divertículo sufre una inflamación aguda puede enmascarar los síntomas de una apendicitis aguda, y tal vez una colecistitis aguda.

El dolor en el cuadrante inferior izquierdo que acusa el segundo de mis casos, pudiera interpretarse como causado por una inflamación del páncreas, especialmente de la cola, por extensión de diverticulitis, aunque creemos firmemente que este dolor se debe al aneurisma de la aorta abdominal que tan bien se observa en una de las placas.

Ya que no hay un síndrome característico ni síntomas patognomónicos de diverticulitis del duodeno, no es posible hacer un diagnóstico clínico. Nos queda pues, como único método de investigación para el diagnóstico, el estudio roentgenológico. Y en aquellos casos de observación dudosa, en que no fuera posible examinarlos con exactitud, usar el método que empleé en mis casos, sea, la intubación del duodeno, con el tubo de Rehfuss, llenando después fraccionalmente el duodeno con una suspensión del bario y obteniendo placa tan pronto se aplica la fracción del bario.

Las características radiológicas son las siguientes: Un estancamiento en bolsa del bario, localizado, circunscrito y con bordes bien definidos con una comunicación con la luz del duodeno. A veces se puede encontrar una burbuja de aire por sobre el nivel del líquido. Según Case, Carman y Cole, en el examen fluoroscópico se puede observar la suspensión del bario entrando en el divertículo o mediante la manipulación visualizada, vaciar parte de o todo el contenido en la luz del duodeno. Confieso que en mis casos no tuve la suerte de estos muy distinguidos observadores.

Poco hay que decir en cuanto al tratamiento. De acuerdo con Kellog y Kellog, Moore, y otros, cuando un divertículo requiere tratamiento éste debe ser quirúrgico. Balfour (10) sin embargo, recomienda un tratamiento médico, más bien

sintomático y aconseja la intervención quirúrgica para aquellos casos en que ha ocurrido una complicación. Aquellos casos en que el divertículo ha adquirido un tamaño muy grande y produce síntomas por presión, deben también ser intervenidos.

En los dos casos que hemos observado, hemos aconsejado tratamiento médico y observación.

RESUMEN:—

Se presentan dos casos de Divertículo del Duodeno.
Se llama la atención hacia una técnica para demostrar el divertículo, en aquellos casos de dudosa aseveración.
Presentamos un ligero estudio, con citas de algunos observadores, de esta condición rara del duodeno.

REFERENCIAS

(1)—G. Buschi.—Citado por E. C. Moore, Chapter XII Dean Lewis. Practice of Surgery.

(2)—E. C. Moore.

(3)—The Stomach and Duodenum.—Eusterman y Balfour. W. B. Saunders & Company 1936.

(4)—J. T. Case. Roentgen Observation of the Duodenum, etc. American Journal of Roentgenology 3:1916.

(5)—Citado por Kellog. International Clinics. Vol. IV, 1931.

(6)—N. J. MacLean. Diverticulum of the Duodenum. Surgery-Gynecology and Obstetrics. 37—1923.

(7)—F. I. Lewis and F. W. Thyng. Regular Occurrence of Intestinal Diverticula in Embryo of the Pig-Rabbitt and Mouse. American Journal of Anatomy 7—1907-1908.

(8)—B. Y. Horton y S. G. Mueller—Arch. Surg. 26:1933.
Duodenal Diverticula and Anatomical Study of the etiologic role played by Dystrophia of Pancreatic Tissue.

(9)—W. J. Ryan. Diagnosis and Differential Diagnosis of Duodenal Ulcer. Surgical Clinic of North America. Vol. 2, 1934.

(10)—D. C. Balfour.—Surgical Clinic of North America. Vol. 4, 1937.

ANESTESIA ESPINAL CONTINUA, O ANESTESIA FRACCIONADA

JOSE NOYA BENITEZ, M. D.

Santurce, P. R.

En el mes de enero de 1940, en los Anales de Cirugía, publicó el Dr. W. T. Lemmon su primera comunicación describiendo su método para la anestesia espinal continua, y en el mes de mayo del año siguiente, en unión de Paschal jr., dió a la luz otra comunicación de los primeros 500 casos en que lo aplicó. Este método anestésico atrajo inmediatamente una gran atención entre los cirujanos, habiendo sido acogido con gran beneplácito por Nicholson, de la Clínica Lahey, Touhy de la Clínica Mayo, por Bethea, Spaid, Squires, Hand y Sise.

Convienen todos los cirujanos y anestesistas en que la "quietud y tranquilidad" en que se encuentra el abdomen bajo la acción de anestesia espinal, con la retracción intestinal, y la relajación de las paredes abdominales que produce, constituye un cuerpo "ideal" para las intervenciones quirúrgicas. A más de las facilidades con que opera el cirujano, hay que añadir que todos los enfermos que han sido operados con anestesia espinal quedan tan satisfechos de ella que la solicitan insistentemente cuando van a ser operados otra vez. Empero, debemos hacer constar que hasta los más ardientes partidarios de este procedimiento anestésico, entre los cuales me cuento, señalan ciertos inconvenientes innegables: la anestesia deberá ser administrada en una sola dosis, y una vez inyectado el anestésico éste no puede ser retirado ni repetido. Para prolongar la duración del efecto anestésico se han utilizado ciertas drogas con muy buen resultado, aunque con ciertos riesgos.

Con el método de anestesia continua o fraccionada del Dr. Lemmon, con novocaína (neocaína, clorhidrato de procaína), pueden salvarse muy bien estos inconvenientes. Consiste en inyectar en el conducto vertebral una dosis inicial moderada de novocaína, seguida de inyecciones más pequeñas, repetidas a distintos intervalos, según sea necesario y tan pronto como el efecto anestésico comienza a desvanecerse. Procediendo de esta forma puede mantenerse la anestesia todo el tiempo que sea necesario, 4, 6 u 8 horas con un riesgo mínimo para la persona anestesiada. Muchos cirujanos creen que la denominación de "anestesia fraccionada" es más exacta que la de "anestesia espinal continua", porque la droga anestesiante se aplica en realidad en pequeñas dosis fraccionadas y repetidas (o sea, "discontinuamente") dentro del espacio espinal subaracnoideo, en lugar de hacerlo por instilaciones "contínuas". Aunque, si bien se mira, tanto en una como otra forma, el efecto anestésico sí es contínuo.

La mayor ventaja que posee la novocaína es su escaso poder tóxico. Compárese su toxicidad y la de otros anastésicos con la de la cocaína. La novocaína tiene una toxicidad de solo una cuarta parte la de la cocaína; la metycaina es tres cuartas partes tan tóxica como la cocaína; la pontocaína de tres a cinco veces tanto y la nupercaína es cinco veces tan tóxica.

La ventaja de poder usar dosis pequeñas y repetidas consiste, según se sabe y según ha sido demostrado concluyentemente por el Dr. Lemmon, en que con 50

mg. de novocaína administrada de esta manera obtiénese una anestesia tan profunda como con 500 mg. de la droga en un período determinado de tiempo.

El método ideado por el Dr. Lemmon consistió en averiguar la dosis mínima eficaz de la menos tóxica de todas las drogas anestésicas y en repetir dicha dosis tan frecuentemente como fuere necesario. A más de eso, si en cualquier momento se produjesen fenómenos tóxicos en cualquier sujeto excesivamente susceptible a la droga, éstos pueden dominarse extrayendo de tres a diez cc. de líquido cerebroespinal, en el punto mismo donde existe la mayor concentración de la droga, lo cual suprime la mayor parte del efecto anestésico y se previene así la absorción subsiguiente del agente tóxico.

El instrumental necesario para la anestesia fraccionada cerebroespinal consiste de lo siguiente:

1. Una cubierta almohadillada de caucho.
2. Agujas largas para punción intravertebral.
3. Tubos de goma.
4. Llaves de paso.
5. Cánulos de conexión Luer-Lok.
6. Una jeringa de 10 c.c.
7. Novocaína cristalizada.

La cubierta almohadillada debe tener 5'' de espesor, 10'' de ancho y 6'' de largo, con un ojal en sentido de su longitud que deberá caer directamente por debajo de la porción lumbar de la columna vertebral estando el enfermo en posición supina. Este ojal se corresponde con una abertura en forma de boca de llave que hay en uno de los lados de la colchoneta de la mesa de operaciones. Esta colchoneta está dividida en dos secciones para que pueda usarse fácilmente en las distintas clases de operaciones. Así, cuando el enfermo queda colocado en posición para una litotomía, por ejemplo, la mitad superior de la colchoneta no se necesita y puede separarse. Las agujas deberán ser de 2, 3 y 3-1/2 pulgadas de largo, y de calibres 17, 18 y 19. Construídas de una aleación muy maleable de níquel que se conoce con el nombre de ''plata alemana'', que las hace muy flexibles y pueden moverse en cualquier dirección sin temor a que se quiebren. La resistencia que opone una piel algo dura basta para que la aguja se combe al hacer la punción intravertebral, por lo cual es necesario utilizar un instructor o trocar de Sise para facilitar la punción.

El tubo de goma deberá tener 30 o 36 pulgadas de largo, de paredes gruesas y nada elásticas para que no se dilate ni permita acumularse el líquido en su trayecto. La luz del tubo debe ser muy pequeña, de una capacidad tal que cada tres pies de tubo no den cabida más que a 2 c.c. de líquido. A uno de los extremos del tubo se pone una conexión Luer-Lok que permite enchufar la aguja espinal, y al otro va una cánula de paso con otra conexión Luer-Lok a que se le enchufa la jeringa de 10 c.c. Se da la vuelta a la llave de paso, si ésta queda paralela a la dirección del tubo, el líquido corre hacia dentro o hacia fuera de la jeringa, y deja de correr cuando la llave queda atravesada en la dirección del tubo. Según recomienda Lemmon, el sitio escogido para la punción depende de la operación que haya de hacerse: 1º ó 2º espacio intervertebral lumbar para las intervenciones supra-abdominales; 3º espacio para las infraabdominales, y 3º ó 4º para las intervenciones en el periné, recto o extremidades inferiores. La punción vertebral se ejecuta con el enfermo en posición decúbito lateral izquierda de suerte que la es-

palda quede al lado de la abertura en forma de bacallane que tiene el colchón.

Se procede inyectando primero una pequeña cantidad de solución de efedrina y novocaína subcutáneamente para anestesiar localmente el sitio donde vamos a puncionar y estabilizar la presión arterial. Introdúcese primero el trocar y a través de él la aguja flexible que hayamos seleccionado. Permítese que salga entonces una cantidad de líquido cefalorraquídeo y se le recoge en ampollas que contienen 200 mg. de novocaína hasta completar 4 c.c. alcanzando el nivel que hayamos marcado previamente en el cristal de la ampolla. Prepáranse dos ampollas en esta forma, y se espera a que se disuelvan en el líquido la novocaína cristalizada y, una vez disuelta, se aspira en la jeringa Luer-Lok. Tenemos, pues, en el cuerpo de bomba de la jeringa 8 c.c. de una solución de novocaína en líquido céfalorraquídeo al 5%. Conéctase entonces la jeringa al tubo de goma dejando pasar este lentamente unos 2 c.c. de líquido que bastan para llenarlo, teniendo cuidado de cerrar la llave de paso antes de enchufar la aguja espinal. Una vez hecho esto se abre la llave de paso y procédese a inyectar lentamente la cantidad de solución que se desea dentro del canal vertebral, teniendo cuidado de que todas las conexiones y enchufes estén bien ajustados para evitar la pérdida de líquido. Hacemos pasar ahora los primeros 2 c.c. de la punción (que contienen 100 mg.) dentro del espacio subaracnoideo y se cierra la llave de paso.

Es muy importante verificar limpia y exactamente la punción y que el líquido fluya fácilmente, corriendo en un sentido o en otro, y si esto no ocurre, deberá revisarse la aguja y reajustar los enchufes. Si el líquido ha penetrado bien pero no pasa con la misma facilidad al mover el émbolo de la jeringa, podemos tropezar después con algunos inconvenientes, como nos ha ocurrido a nosotros en los primeros casos que utilizamos este método, pero ello no es una falla sino del que lo usa incorrectamente.

Con la aguja introducida en el canal vertebral se vuelve al enfermo cuidadosamente en posición supina de tal forma que la aguja quede dentro de la abertura del colchón, sin permitir que roce éste ni la mesa de operaciones. Mientras se procede a inyectar el líquido la mesa de operaciones deberá estar inclinada a cinco grados de la posición Trendelenburg.

Tanto la dosis a inyectar, como el volumen de la solución o la posición en que había de colocarse al enfermo pueden variar de acuerdo con el criterio del anestesista, el cual podrá escoger el grado y profundidad de la acción anestética que desea obtener en cada caso operatorio.

La anestesia tarda en producirse de 3 a 5 minutos y una vez establecida puede prolongársele el tiempo que se desea simplemente inyectando dosis mínimas de la solución cuando fuere necesario, lo cual en términos generales, equivale más o menos a la anestesia etérea administrada gota a gota, o al procedimiento anestésico con inyección intravenosa de penthotal a dosis fraccionadas. Conócese que la acción anestésica comienza a desvanecerse por las señales siguientes:

1. Afloja la retracción de la masa intestinal.
2. El enfermo se impacienta por la incomodidad o dolor abdominal.
3. Aumenta la tensión de la masa muscular del abdomen.

De igual manera que procederíamos con la anestesia etérea en circunstancias semejantes, cuando estos signos se presentan sostenemos la anestesia espinal conti-

nua abriendo la llave de paso y moviendo el émbolo de la jeringa para dejar pasar 1 c.c. de la solución, lo que equivale a una pequeña dosis adicional de 50 mg. de procaína, cuya cantidad tarda en producir su efecto completo unos 90 segundos aproximadamente. Nótese que con cualquier otro procedimiento anestésico, a no ser con la anestesia intravenosa, el establecer el efecto requerido para continuar operando en las condiciones deseadas, requeriría un tiempo mucho mayor, ya se trate de la anestesia local o de la anestesia inducida, incluso con las mismas inhalaciones de éter. Con una cuidadosa observación de los signos que pueden presentarse en el operado y después de cierta experiencia, el anetesista deberá estar capacitado para administrarle a intervalos regulares (generalmente de cada 30 a 40 minutos) y con la suficiente antelación, las dosis adicionales necesarias que sostengan en el operado durante toda la operación, el grado de relajación abdominal más conveniente para la intervención quirúrgica.

El Doctor Lemmon aconseja, muy sabiamente, que los enfermos deben ser preparados antes de la operación propinándoles algunas dosis de medicamentos sedantes, pues de esta forma por lo general no sienten ni siquiera la punción lumbar, pasan dormidos casi todo el tiempo que dura la operación, y muchos apenas recuerdan haber sido operados y algunos continúan dormidos por muchas horas después.

Nosotros acostumbramos a administrar un gramo y medio de nembutal la noche antes de la operación, con cuya dosis el enfermo duerme plácidamente toda la noche, y una hora antes de operar se repite el nembutal; esta vez tres gramos por vía bucal. En el momento de llevarle a la mesa de operaciones se le inyecta 1/4 de grano de sulfato mórfico con 1/120 gr. de sulfato de atropina. Si la sedación provocada no fuere suficiente, se inyecta subcutánea o intravenosamente, 1/6 ó 1/8 de grano de la misma sal de morfina, cuya dosis puede ser reptida cuantas veces sea necesario durante el curso de la intervención. Si ésta fuere muy difícil o prolongada puede procederse a inyectar la cantidad de suero artificial o practicar la transfusión sanguínea según se crea conveniente.

He aquí expuestas en resumen, los incidentes de más relieve en 15 casos, de anestesia intrarraquídea que hemos practicado desde el mes de septiembre de 1941 hasta la fecha. Todos los enfermos eran adultos y todas las intervenciones quirúrgicas fueron infradiafragmáticas.

En el caso Núm. 6 hubo que administrar 40 c.c. de una solución al 1% de novocaína por infiltración local para poder saturar la pared abdominal, y en los casos Núms. 11 y 13 hubimos de terminarlos con anestesia etérea, pues las dosis adicionales de novocaína que administramos no lograron prolongar el citado anestésico, quizás debido a que la aguja se había salido del espacio subaracnoideo.

La intervención que más duró fué 3 horas y 20 minutos, en cuya anestesia empleamos 450 mg. de novocaína. Tratábase de una exploración del conducto biliar y ampolla de Vater, con colecistoduodenostomía y resección de un nódulo linfático peridnodenal para biopsia. Todo lo cual fué realizado a entera satisfacción por lo que a la anestesia respecta.

Las alteraciones de la presión arterial se acentuaron menos que cuando usábamos una sola dosis de anestésico. Los estimulantes apenas fueron necesarios. Administramos efedrina, adrenalina, coramina o cafeina cuando hubo necesidad de hacerlo, pero, muy rara vez, en esta pequeña serie de casos, y ello requerido más bien por las condiciones operatorias que por el

estado anestésico. Si el shock fuese inminente preferiríamos poner al operado en posición Trendelenburg y recurrir a la inyección intravenosa de suero fisiológico o de plasma sanguíneo para combatirlo o prevenirlo en lugar de apelar a los estimulantes cardíacos muy enérgicos.

COMPLICACIONES:

Con este método anestésico no hemos tenido afortunadamente que lamentar serias complicaciones de urgencia. Desde luego que este número de casos es muy pequeño para poder sacar conclusiones definitivas, empero si se tiene en cuenta el que no hubo un solo caso fatal imputable al procedimiento anestésico, que no se presentaron cefalalgias durante o después de la operación ni dificultades en la micción, ni complicaciones pulmonares, ni parálisis transitorias o permanentes, ni infecciones cutáneas, musculares o meníngeas, tenemos que pensar el resultado obtenido es muy alentador. Hemos de añadir, sin embargo, que en series más numerosas de casos presentados por otros investigadores, se mencionan ciertos trastornos de menor importancia (cefalálgicos, urinarios, pulmonares), pero siempre en proporciones más moderadas, que cuando se administra el anestésico en dosis única.

En verdad que el procedimiento puede quizás parecer algo engomoso en un principio para los no experimentados en su uso; pero por la mayor seguridad que para el paciente ofrece, y su facilidad, rapidez de ejecución y la certeza de que la duración de la anestesia puede prolongarse y controlarse a voluntad por el anestesista, constituye el método de anestesia conocido hasta la fecha que más se acerca a la anestesia ideal perfecta.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

He aquí, brevemente expuestas, las ventajas que posee el método de la anestesia fraccionada del Dr. Lemmon:

(a) Inyecciones fraccionadas — basta una pequeña dosis inicial para producir la anestesia, continuándola después con pequeñas dosis, según sean necesarias.

(b) Control de la anestesia—basta aumentar la dosis, variar la posición del enfermo (barbotaje) para gobernar en cada momento el curso de la anestesia.

(c) Menor toxicidad — la novocaína, anestésico de preferencia, es como se sabe el menos tóxico de todos los anestésicos que se usan en la anestesia intrarraquídea.

(c) Duración de la anestesia — basta añadir dosis pequeñísimas de la solución anestésica a intervalos regulares, para prolongar la anestesia el tiempo que sea necesario, según lo requiera el cirujano operador o la demanden las circunstancias especiales de cada caso.

Addendum:

Desde que fué escrito el presente trabajo se han hecho 35 casos adicionales con anestesia espinal continua o fraccionada:

9 colecistectomías (con apendectomías).

3 coledocotomías con drenaje del conducto biliar común y colecistectomía.

10 resecciones abdomino-perineales del sigmoide-recto.
9 resecciones parciales del estómago.
1 resección de tumor del mesenterio con ileoctomía parcial.
2 laparotomías exploratorias.
1 operación para aneurisma arterio-venosa de la arteria femoral.

Para los últimos casos se ha modificado el método de la punción en un pequeño detalle que nos hace esperar resultados aún más seguros y satisfactorios de la anestesia. La modificación consiste en usar el trocar solamente para hacer una pequeña perforación en la piel a través de la cual se introduce la aguja espinal flexible descrita anteriormente. Dejando el trocar fuera se consigue mayor fijación de la aguja y se hace mucho más difícil entonces su dislocación de la posición que debe conservar en el espacio sub-aracnoideo, durante los cambios de posición del paciente a través de la operación.

En el Hospital Presbiteriano de Nueva York hacen la perforación en la piel con un bisturí, pero haciéndola con el trocar la inserción de la aguja espinal se facilita y queda aún menos tejido cicatricial.

BIBLIOGRAFIA

1—*Lemmon, W. T. y Paschal, G. W., Jr.*—Anestesia Espinal Continua. Observaciones en los primeros 500 casos.—The Pennsylvania Med. Jour. May 1941—

2—*Ansbro, F. Paul y Pico, L. J.*—Anestesia Espinal Continua. American Journal of Surgery March 1940—

3—*Hand, Leo V.*, y *Sise, Lincoln F.*—Anestesia para la Cirugía Gástrica—Lahey Clinic Number, Surgical Clinics of North America —June 1941—

OBSTRUCCION RENAL POR CALCULO BILIAR*

JORGE DEL TORO, M. D.

Santurce, P. R.

La obstrucción intestinal producida por el alojamiento de cálculos biliares en el lumen intestinal no es un suceso raro, más sin embargo de ocurrencia poco frecuente, y por lo tanto el informe de estos casos es de interés médico y provee además una anotación para la literatura médica.

En mis años de práctica no he encontrado más que el caso que presento hoy ante ustedes, y en nuestra literatura médica local no he encontrado informado ningún caso.

Indudablemente, con los medios de diagnóstico y tratamiento a nuestro alcance en los últimos años, no hay casi razón para que un cálculo biliar pueda llegar al extremo de producir el íleo intestinal. La etapa por la cual ha de pasar el proceso, es rara que pase desapercibida y sin diagnóstico.

Casi invariablemente, el cálculo biliar pasa al intestino a traves de una fístula interna entre la vesícula y el duodeno, aunque se han encontrado casos de comunicaciones muy variadas. Se hace muy difícil concebir que un cálculo de tamaño suficientemente grande para producir el taponamiento del intestino pueda pasar por el colédoco. Sin embargo, se han informado casos de cálculos de tamaño pequeño que han producido la obstrucción intestinal sin haberse encontrado la fístula interna; según Wangensteen, en estos casos el ileo es dinámico o espástico, debido al espasmo intestinal excitado por él o los cálculos y no debido al taponamiento.

En casi la totalidad de los casos conocidos, el cálculo productor de la obstrucción se ha encontrado alojado en la última porción del ileo.

El diagnóstico de la causa de estos casos no se ha hecho previamente a la operación quirúrgica más que en algún caso determinado a beneficio de circunstancias muy especiales.

El tiempo de alojamiento del cálculo dentro del intestino es cuestión de suposición solamente, dado que en estos casos es difícil acertar con la fecha en que se formó la fístula y el cálculo pasó al intestino.

La mortalidad en estos casos, según diversas estadísticas es de 47 a 62 por ciento. Watler & Sneel, en su tratado "Diseases of the Gall Bladder and Bile Ducts" refieren las estadísticas de la Clínica Mayo. Hasta el año 1940, se han visto allí diez casos; ocho mujeres y dos hombres de edades de 31 a 76 años. Los síntomas anteriores a la obstrucción fueron casi nulos en cinco de los casos, en tres casos habían antecedentes de cálculos biliares y en dos los síntomas eran incompletos. Cinco casos daban historia de haber sufrido anteriormente de ataques incompletos de obstrucción intestinal. En ninguno de los casos se hizo el diagnóstico previamente a la intervención, y en tres casos la causa de la obstrucción no se conoció hasta que se practicó la autopsia.

Carter, Green & Twis, en su tratado "'Diagnosis and Management of Diseases of the Biliary Tract", no tratan de la obstrucción intestinal causada por cálculos biliares como entidad por separado; pero en el análisis de casos de perforacio-

* Leído durante la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 12, 1942.

nes crónicas de la vesícula biliar, refieren seis casos operados por obstrucción intestinal en un total de 3,986 casos de operaciones por cálculos biliares. No refieren en la estadística cuantos casos fueron debidos directamente a cálculos en el lumen intestinal.

Wangensteen, en su Monografía sobre la Obstrucción Intestinal, dedica un excelente capítulo a estos casos, y publica las estadísticas de los casos encontrados en la literatura. Afirma el hecho de que el diagnóstico preoperatorio solo se puede hacer con raras excepciones y refiere un caso de Mc. Whorter en el que se hizo el diagnóstico previo debido a que antes de ocurrir la obstrucción se habían visualizado por los rayos X cálculos en la vesícula biliar, y más tarde cuando se desarrolló la obstrucción, no aparecieron los cálculos en la vesícula pero sus sombras aparecieron en el intestino delgado al final de las azas de ileo distendido.

El caso que presento es como sigue:

Hospital San José. Record No. 8,862.

Diagnóstico: obstrucción intestinal por cálculo biliar.

Tratamiento: enterostomía.

Resultado: Fallecido.

Datos: Varón, blanco, de 75 años de edad. Estado de malnutrición.

Historial: Ha sido siempre muy activo. Por muchos años ha sufrido de disturbios de la digestión de sintomatología indefinida. Sentía llenura de vientre después de las comidas y sufría de estreñimiento constante, para contrarrestar las molestias del cual usaba sal de frutas casi diariamente. Pasó por varios episodios de vientre agudo, que fueron diagnosticados diversamente. Un ataque fué diagnosticado de apendicitis aguda, y no se decidió la operación temiendo a su estado de suma gravedad.

Hace alrededor de cinco años le ví durante uno de sus ataques agudos que fué de obstrucción intestinal espástica y cedió bajo tratamiento médico.

Hace dos años sufrió de hemorragia cerebral localizada de poca extensión.

Caso presente. Visto por nosotros por primera vez la noche del once de septiembre 1942.

La noche del día 10 enfermó con síntomas de cólico intestinal; vómitos intermitentes y marcada decadencia física. No hubo elevación de temperatura. Con la ayuda de enemas había logrado mover el intestino, pero muy poca cantidad de excreta. Durante esa noche, y el día once, había recibido tratamiento médico adecuado. El contaje leucocitario al medio día había sido el siguiente: total, 17,050; polinucleares, 83%; linfocitos, 15%; monocitos, 2%. Temprano en la noche del once, tuvo un vómito estercoráceo.

La apariencia es de gravedad. Pulso pequeño, rápido. El abdomen es muy sensible, especialmente en la región epigástrica y por debajo del ombligo. En el lado derecho del vientre se palpa una masa timpánica que da la impresión de ser el ciego distendido; la masa propia no es muy sensible. No hay peristalsis visibles. No hay elevación de temperatura. El paciente se queja mucho del dolor del vientre y de mucha sed.

La noche del once ingresó en el hospital en donde se continuó el tratamiento médico. No nos fué posible pasar el tubo para el tratamiento de succión; había una obstrucción nasal por antigua fractura y el estado del paciente era sumamente nervioso.

El día 12 el paciente estaba más tranquilo; los vómitos habían disminuído, y al medio día la temperatura era de 37.5C. El pulso continuaba rápido. Orina: g.e. 1026; acidez, 150° albúmina, cilindros y eritrocitos, presentes. Sangre: rojos, 4,080,000; hem., 87%; Leucocitos: total, 13,500;

polis., 86%; linf., 13%; mon., 1%. Presión arterial; 162 sobre 68. Soplo sistólico en el ápice. Pulmones, bien.

Las placas de rayos X del abdomen demostraban distensión marcada del intestino delgado y niveles de líquido en varios sitios.

Por la tarde volvieron los vómitos estercoráceos.

Diagnóstico: obstrucción intestinal.

Tratamiento: operación.

La situación era precaria, pero no había otro recurso.

Anestesia: eter-oxígeno; bien tolerado.

Incisión: media, a la derecha de la línea media baja y del ombligo.

Patología: Una porción considerable del íleo se encontró distendida y con marcada congestión, pero sin cianosis ni gangrena. No había punto franco de demarcación que señalara el sitio de la obstrucción, la transición de intestino anormal a normal era gradual en ambos extremos. Durante la exploración del íleo terminal, palpamos una masa dura en la región de la fosa ilíaca derecha. Las últimas pulgadas del íleo estaban casi normales, y el ciego estaba completamente colapsado. La masa dura resultó ser una piedra de forma oval alojada en el lumen del íleo. Hicimos entonces el diagnóstico de la causa de la obstrucción; que era debida a un cálculo biliar.

Existían muchas áreas equimóticas en el mesenterio del íleo; en una existía una verdadera extravasación con distensión localizada, pero sin producir la estrangulación de la circulación.

La masa intestinal eventrada se aisló y se trató por los métodos corrientes. El asa de íleo que contenía el cálculo se aisló del resto protegiendo bien los alrededores. El cálculo fué empujado a una porción más sana del intestino, en cuyo sitio se practicó una incisión por la que se extrajo. Por la misma incisión de la enterostomía, se introdujo el tubo de cristal de Moyniham armado con su manga de goma, logrando evacuar gran parte del contenido intestinal retenido.

La enterostomía fué suturada por el método corriente y el vientre se cerró sin dejar drenaje.

La operación tomó en total treinta y nueve minutos. El paciente resistió bien, pero al final hubo alguna cianosis sin obstrucción respiratoria.

El cálculo era de la variedad mixta. Pesó 7.2 gramos y tenía 3.5 cm. de largo por 3.1 de ancho.

El paciente pareció seguir un curso satisfactorio, más unas cuatro horas después de la operación, decayó rápidamente, se presentó cianosis marcada, el pulso desapareció en pocos minutos, y falleció cuatro horas y media después de la operación.

ANENCEFALO — BREVES CONSIDERACIONES

L. A. BALASQUIDE, M. D., F.A.C.S.*

Ponce, P. R.

El fenómeno teratológico denominado "anencéfalos" es de tan rara ocurrencia, que en la actualidad solo aparecen treinta y tres casos informados en la literatura universal.

Haberson[1] que practicó una extensa revisión de la literatura sobre este tópico en 1938, sólo logró recolectar veinte y cinco casos, a los cuales añadió uno de su propia observación. Recientemente Payne y Bland[2] han informado el hallazgo de cinco casos adicionales a los anotados por Haberson, reportando a su vez dos nuevos de observación propia.

La extrema rareza de esta condición no sólo nos ha estimulado hacer el informe de un caso que atendimos en 1940, sino que también nos ha servido de acicate para exponer, aunque ligeramente, ciertas consideraciones sobre esta interesantísima condición teratológica.

Informe del Caso

E.M.S., blanca, de treinta y un años de edad, grávida I, para II, tenía cinco años de casada. Su historia familiar y su historia pasada eran esencialmente negativas. Su condición general era magnífica. La última regla había tenido efecto el día 20 de enero de 1939. El embarazo había progresado normalmente hasta el octavo mes, cuando observamos que el crecimiento de la matriz era atípico. Con ese motivo ordenamos un estudio radiográfico el cual demostró la presencia de anencefalia. No existía hidramnios y todos los exámenes rutinarios de laboratorio eran normales. La paciente ingresó en la Clínica Dr. Pila el día cuatro de noviembre de 1940 y tuvo su alumbramiento espontáneamente cuatro horas y media más tarde. El feto presentaba todas las características de un anencéfalo.

Etiología:

A pesar de que recientes observaciones clínicas y sesudos trabajos de investigación efectuados en relación con este asunto han derramado alguna luz sobre el obscuro problema de su causalidad; lo cierto es que la etiología de este accidente continúa aún incierta y hasta cierto punto desconocida.

Como fuentes generales etiológicas se han señalado causas internas o más propiamente dichas, germinales y causas externas o de ambiente; pero es necesario aclarar que Adair[3] que hizo un estudio precisamente sobre esta fase de la materia no pudo llegar a ninguna conclusión definitiva.

Murphy[4] sostiene que la herencia tiene una influencia etiológica indubitable porque con frecuencia vemos la misma peculiaridad en varias generaciones o en miembros de una misma familia. Esa afirmación no debe interpretarse —como lo hacen con frecuencia los profanos— en el sentido que una mujer que ha tenido un feto deforme en un parto, ha de tener en partos subsiguientes, hijos igualmente deformes. Aquí solo se trata de la trasmisión del gérmen de la herencia que en los ascendientes había estado latente hasta

* Del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Dr. Pila.

ahora y que ocasionalmente se presenta tan solo una vez como todos los procesos hereditarios en los individuos sucesores.

Entre las llamadas causas externas se menciona como de mayor importancia los traumas leves al abdomen o el útero, enfermedades de la matriz (especialmente la gonococcia), enfermedades del corion y del amnios, Mall[5], implantación anormal del huevo y detención o cambios en el desarrollo de éste durante los estados de blástula y mórula, como resultado de leves alteraciones térmicas, químicas y físicas.

La presencia de adherencias en el amnios —que antes se la conceptuaba como causa principal— se la considera ahora más bien como una consecuencia o efecto que como causa primaria.

Greenhill[6] cree que la frecuente asociación de deformidades y placenta previa se debe a una detención en el desarrollo del feto como consecuencia de la relación anormal existente entre éste y la placenta.

De Lee[7] sostiene que las sales de magnesio, sodio, potasio y litio afectan las células crecientes de la mórula produciendo de ese modo anormalidades de los sistemas nervioso y vascular.

También han sido señaladas las deficiencias vitamínicas, los trastornos endocrinos y las alteraciones hormonales como causantes probables de esta entidad teratológica; pero la verdad es que en la actualidad no existe evidencia científica alguna que haya comprobado la causalidad de esas alteraciones.

Tampoco existe evidencia de que las llamadas impresiones maternas tengan relación directa con la producción de este fenómeno. Hoy día, ningún hombre de ciencias cree en la antigua, pero aún prevaleciente leyenda, de que el estado mental de la madre ejerce influencia directa en el desarrollo del niño.

Incidencia:

No existen datos concretos y precisos sobre la incidencia de esta condición. Existen, no obstante, fundadas razones para creer que su casuística es más elevada de lo que indica la literatura.

Refiriéndose al tema general de monstruosidades, Mall[8] ha dicho "que siete embarazos de cada cien producen huevos patológicos de los cuales sólo una tercera parte dan embrios-monstruos. El número de monstruos que llega a término es cerca de 0.6%. Los monstruos embriónicos y fetales forman 2.6% de todos los embarazos o en otras palabras tres monstruos bien formados son abortados durante los primeros meses del embarazo por cada uno que llega a término."

En un cuidadoso estudio que practicó Titus[9] sobre los abortos tratados en la división obstétrica del hospital de Johns Hopkins encontró que cerca del uno por ciento del material abortado demostraba deformación fetal. Agrega además en su informe que es su creencia que esa cifra sería aún más alta si todos los fetos hubieran podido ser examinados, ya que su estudio incluyó muchos casos de aborto incompleto en que el feto había sido expulsado antes del ingreso de la paciente.

Patogénesis:

De acuerdo con De Lee[10] —la mayoría de los monstruos sencillos a los cuales pertenece el anencéfalo— se deben a falta de oclusión del conducto medular, lo cual puede ser motivado por agenesis primaria o aplasia de este o a consecuencias de un hidrocéfalo temprano, hidroraquis o adherencias del conducto medular con el amnios. A todas las deformidades que se originasen por medio de ese mecanismo se les ha dado el nombre global de "Cranio-

raquisquis''. El defecto puede ser solamente parcial, involucrando la vértebra cerebral, cuando aparece lo que se llama cranioquisis o afectando tan solo la médula espinal, produciéndose entonces una raquisquisis. Si los tejidos que cubren el canal medular faltan la espalda demuestra entonces una ranura suave y reluciente conteniendo o no médula espinal. Si lo que falta es solo el arco óseo entonces se desarrollan la hernia cerebral, el meningocele o la espina bífida. Si el cráneo aparece intacto pero es mucho menor que el tamaño normal se llama microcéfalo. Cuando solo existe masa encefálica la condición se denomina acrania y cuando no existe tejido cerebral alguno se llama entonces ''anencéfalo.''

Diagnóstico:

El diagnóstico del anencéfalo es muy difícil de establecer antes del parto y por eso es que solo se logra en un número muy reducido de casos. El historial clínico es de gran importancia ya que la influencia de la herencia se demuestra a menudo en el desarrollo de esta deformidad. El examen físico —externo e interno— de la paciente durante los últimos meses del embarazo puede a veces demostrar señas, como crecimiento atípico del feto, ausencia del polo cefálico, imposibilidad de determinar la presentación y posición fetal etc., que resultan altamente indicativos de que el embarazo no progresa normalmente. La asociación de hidramnios y monstruosidades es tan constante que su presencia debe siempre sugerir la posibilidad de anomalías fetales. El estudio radiográfico es sin lugar a dudas el método más preciso de determinar el diagnóstico. De ahí que el uso rutinario de esta medida de diagnóstico sea cada día más aconsejable. Los hallazgos radiológicos son inconfundibles y casi uniformes. Todos los casos presentan ausencia de tejido óseo en el calvarium y los huesos de la base del cráneo aparecen como una masa irregular, casi siempre de forma cuadrangular. En ciertas circunstancias el anencéfalo puede confundirse con placenta previa, prolapso de la cuerda o presentación de nalgas o de cara.

Consideraciones Generales:

Es natural que los padres que tienen la desgracia de tener como hijo un monstruo demanden saber si en embarazos subsiguientes han de tener resultados similares. Desde luego que esa pregunta no puede contestarse categóricamente en la afirmativa, pero si lo que en la actualidad se enseña sobre esta materia es aceptable de que las influencias ambientales tienen su efecto y que el origen germinal de estas anormalidades es dudoso, entonces la contestación puede esr satisfactoria y alentadora.

Sobre este importantísimo asunto De Lee[11] ha aconsejado que ya que es imposible alterar el plasma germinal, antes de una nueva concepción, debe tratarse la sífilis y la endometritis si estas existen, amén de ordenar al mismo tiempo una vida higiénica a ambos cónyuges. Recomienda además reposo para la madre durante los primeros meses del embarazo y la selección de una dieta generosa en vitaminas (especialmente vitamina E), calcio y fósforo, científicamente combinada con tónicos ferrosos para combatir desde bien temprano la aparición de anemia.

Es posible —y al logro de ese fin debe estar enfocado todo nuestro empeño— que canalizando el embarazo por los serenos y ordenados cauces de una higiene y profilaxis rigurosa, la incidencia de los fenómenos teratológicos, trágica y odiosa en la

actualidad, a pesar de su relativa rareza, pueda con el estudio y el tiempo, exterminarse por completo de la faz de la tierra.

BIBLIOGRAFIA

1—*Haberson*: Canadian M.A.J. 38:574, 1938.

2—*Payne* and *Bland*: Am. Jour. Obst. and Gynec. 44:593, 1942.

3—*Adair*: Am. Jour. Obst. and Gynec. 20:539, 1930.

4—*Murphy*: Surg. Gynec. and Obst. 63:443, 1936.

5—*Mall*: J. Morphol 19;1, 1908.

6—*Greenhill*: Surg. Gynec. and Obst. 36:227, 1923.

7—*Citado por Davis*: Gynec. and Obst. Volúmen I 17:36.

8—*Mall*: J. Morphol 19:1, 1908.

9—*Titus*: Am. J. Obst. 65:960, 1912.

10—*De Lee*: Principles and Practice of Obst. ed. 7 Pag. 621.

11—*De Lee*: Principles and Practice of Obst. ed. 7 Pag. 625.

THE DIAGNOSIS OF LYMPHOGRANULOMA VENEREUM ADENITIS

F. HERNANDEZ MORALES, M. D.*

San Juan, P. R.

Ever since the discovery by Frei[1] that the intracutaneous injection of diluted sterile pus obtained from buboes in patients with lymphogranuloma venereum produce a specific skin reaction, this disease has been carefully studied throughout the world and extensive studies on its etiology have been made[2]. Its clinical manifestations have been extensively discussed by several authors[3], however, so little importance is still given to this disease in Puerto Rico that a brief description will be given.

Lymphogranuloma venereum is a systemic disease caused by a virus, usually acquired by sexual intercourse and manifested by a painless evanescent primary sore, generally located near the corona of the glans penis, and followed by unilateral or bilateral enlargement of the inguinal and femoral lymph glands. The affected lymph glands are usually only sligthly tender, they gradually become larger and larger and finally multiple abscesses are formed which either coalesce together or rupture through the adherent skin producing multiple fistulae. The skin over the affected glands acquires a quite typical violaceous color. Other manifestations of the disease are: proctitis, rectal and anal papillomata, chronic colitis, rectal stricture and elephantiasis of vulva. Oral lesions and cervical adenitis have been described[4]. In Puerto Rico proctitis, rectal stricture and probably certain types of colitis are very frequently due to this disease. During the stage of adenitis the following conditions must be excluded: Syphilitic and chancroidal buboes, tuberculosis, lymphosarcoma, Hodgkin's disease, pyogenic adenitis, lymphatic leukemia, disseminated lupus erythematosus, metastatic carcinoma, bubonic plague. Syphilitic buboes are non-tender and resilient, and abscesses never form unless there is a secondary infection. The chancre is nearly always present and the findings of spirochetes on dark field examination will make the diagnosis. Chancroidal buboes are generally very tender and painful, producing marked muscle spasm which makes patients affected to limp. The chancroids are usually multiple and fairly characteristic. Multiple abscesses are not usually formed. Tuberculosis lymphosarcoma, Hodgkin's, leukemia, metastitic carcinoma and lupus erythematosus disseminatus involve in most of the cases several groups of glands at the same time. They are usually accompanied by definite anemia. A sensation of fluctuation may be obtained in some cases with Hodgkin's, leukemia, tuberculosis or metastatic carcinoma due to necrosis of tissue. The examination of the blood, histological studies of the glands involved and the course of the disease will usually establish the exact diagnosis.

There are special tests that are used to confirm the clinical diagnosis, however, as with all laboratory procedures, the interpretation of them requires great care.

In 1925 Frei[1] described the skin test for lymphogranuloma venereum. The test

* From the Department of Clinical Medicine of the University Hospital of the School of Tropical Medicine, San Juan, Puerto Rico.

consists in the intradermal injection of 0.1 cc. of specially prepared antigen. When positive, there appears at the site of the injection a well defined papule of over 7mm. in diameter. Frei prepared the antigen from carefully selected patients. It very soon became evident that the preparation of antigen by other means was necessary. Following the discovery by Hellerstrom and Wassen[5] and Levaditi, Ravaut and Schoen[6] that monkeys and mice are susceptible to the virus of this disease Grace and Suskind[7] reported that a good antigen could be obtained by the intracerebral inoculation of mice. A great number of reports have appeared in the literature contrasting the advantages and disadvantages of human and mouse brain antigens. It appears quite definitely that the optimum time for reading the reactions is the 4th day after the test is performed. When mouse brain antigen is used a control test should be performed with emulsion of normal mouse brain. Mouse brain antigen is prepared by different pharmaceutical companies. Recently, an antigen developed in the chick embryo has been introduced[8]. Recent reports[9] tend to prove that chick embryo antigen is superior to both human and mouse brain antigens. A positive skin test by itself is of little diagnostic importance, that is, one can not state with certainty that a particular adenitis is due to lymphogranuloma venereum because of a positive skin reaction. A positive reaction in the light of our present knowledge merely signifies that the person tested has or has had the disease. It is believed now that the skin sensitivity to the Frei antigen lasts for many years, perhaps for life. I have seen patients with Hodgkin's disease and lymphosarcoma diagnosed on the evidence of a positive Frei test as cases of lymphogranuloma venereum. When pus from a patient is injected intracutaneously into a known case of lymphogranuloma venereum and a positive reaction produced, then one can be fairly sure that the patient, from whom pus was obtained, has lymphogranuloma venereum provided, of course, that he is free from other venereal diseases. It has been proven that in the presence of chancroid the Frei test may give a positive reaction[10]. Likewise, if pus is obtained from a patient with chancroid and lymphogranuloma venereum for the preparation of antigen, false positive reactions will occur if patients having chancroids are tested[10]. (For the diagnosis of chancroids the Ito test is been used).

It has been observed that the intravenous injection of mouse brain or human antigen in patients with lymphogranuloma venereum is followed by a characteristic febrile reaction[11]. This reaction has been used as a diagnostic test as well as for therapeutic purposes.

More recently the complement fixation test has been used with very encouraging results in the diagnosis of this disease[12].

In case of doubt histological study of the affected glands may clarify the diagnosis.

SUMMARY

The stage of adenitis of lymphogranuloma venereum must be differentiated from other diseases producing enlargement of the lymph glands, specially syphilis, chancroid, leukemia, lymphosarcoma, tuberculosis and Hodgkin's disease. The Frei test by itself is of little value for the diagnosis of lymphogranuloma venereum. It seems that chick embryo antigen is better than human and mouse brain antigen. The complement fixation test appears to be of great diagnostic value.

BIBLIOGRAPHY

1—*Frei, W.*: A new skin reaction in lymphogranulomatosis inguinalis. Klin. Wehnschr. 4: 2148 (Nov. 5, 1925).

2—(a) *Hellerstrom, S.* and *Wassen, E.*: Lesions of meningo-encephalitis in the monkeys after the intracerebral injection of lymphogranuloma inguinale. International Congress Dermat. and Syph. (1930).

(b) *Levaditi, C., Ravaut, P.,* and *Schoen, R.*: Receptivité de la souris a l'égard du virus de la maladie de Nicolas et Favre Compt. rend. Soc. de biol. 109: 285 (Feb. 1932).

3—(a) *De Wolf, H. F.* and *Van Cleve, J. V.*: Lymphogranuloma Inguinale. J. A. M. A. 99:1065. (Sept. 24, 1932).

(b) *Cole, H. N.*: Lymphogranuloma Inguinale, the fourth venereal disease. Its relation to stricture of the rectum. J.A.M.A. 101: 1069-1076. (Sept. 30, 1933).

(c) *Destéfano, F.,* and *Vaccarezza, R. F.*: Linfogranulomatosis. Semana Médica 1:229. (Feb. 8, 1923).

(d) *Koppisch, E.*: *Lymphogranuloma Inguinale* — A review. Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico. 209 (June 1938).

(e) *Stokes, J. H., Beerman, H.,* and *Ingraham, Jr. N. R.*: Lymphogranuloma venereum. Am. J. Med. Sc. 197: 575. (1939).

(f) *Stannus, Stannus, H.*: A sixth venereal disease. Bailliére, Tindall and Cox. London (1933).

(g) *Pardo, Castelló, V.*: Lymphogranulomatosis inguinalis. Arch. Dermat. and Syph. 14:35 (July 1926).

4—(a) *Slaughter, W. B.*: Lymphogranuloma venereum with special reference to head and neck lesions. Collective Review Int. Abs. of Surgery 70:43 (1940).

(b) *Coutts, W. E., Opazo, L.,* and *Montenegro, M.*: Digestive tract infection by virus of lymphogranuloma inguinale. Am. J. Dig. Dis. 7:287 (1940).

5—Loc. cit.

6—Loc. cit.

7—*Grace, A. W.,* and *Suskind, F. H.*: Use of standardized mouse brain antigen for performance of Frei test. J.A.M.A. 107: 1359 (Oct. 24, 1936).

8—*Rake, G. W.,* and *Jones, H. P.*: Studies on lymphogranuloma venereum. Development of agent in yolk sac of chicken embryo. J. Exp. Med. 75:323 - (1942).

9—(a) *Combes, F. C., Cañizares, O.,* and *Morris, G.*: Frei test. Evaluation of chick embryo antigen. Arch. of Dermat. and Syph. 46:264 (August, 1942).

(b) *Grace, A. W.*: Discussion of paper by *Robinson, H. M.* and *Robinson, Jr., H. M.*: Comparison of Frei Antigens. Arch. Dermat. and Syph. 45:112 (January, 1942).

10—*Robinson, H. M.*: Analysis of intracutaneous tests on 309 patients of lymphogranuloma venereum and chancroid. South. Med. J. 33: 144 (February 1940).

11—(a) *Decker, D. A., Cañizares, O,* and *Reider, R. F.*: Mouse brain antigen. Intravenous use in the diagnosis of lymphogranuloma venereum. Arch. Dermat. and Syph. 40 : 397 (1939).

(b) *Ravaut, P., Levaditi, C.,* and *Maisler*: La valeur diagnostique et therapeutic que des injections intraveineuses du virus de la maladie de Nicolas Favre d'origine simienne. Bull. Soc. franc. de dermat. et syph. 39:1262 (July 1932).

(c) *Gay, Prieto, J.,* and *Egea Bueno, L.*: Nueva contribución al estudio de las hemorreaciones específicas con antígeno de Frei. Su valor terapéutico. Actas dermo. Sit. 27:3 (Oct. 1934).

(d) *Flandin, C.,* and *Turiaf, J.*: L'hemoreaction de Ravaut dans la maladie de Nicolas-Favre. Bull. Soc. franc. de dermat. et syph. 43:329 (Feb. 1936).

12—*McKee, C. M.; Rake, G. W.,* and *Shaffer, M. F.*: Complement fixation test in lymphogranuloma venereum. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 44:410 (1940).

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Abril, 1943 Num. 4.

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del Mes

El día 9 del mes en curso se llevó a efecto en nuestro domicilio social la reunión ordinaria mensual de la Directiva de la Asociación, habiendo estado presentes los siguientes miembros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. José Forastieri
Dr. Osvaldo Goyco

En esta reunión se trataron varios asuntos de rutina, siendo los principales el relacionado con el Auxilio Médico Mutuo, el Proyecto del Senado 133, que autoriza al Tribunal Examinador de Médicos a expedir licencia sin examen a médicos graduados de universidades reconocidas para que ejerzan en nuestra isla durante la actual emergencia. La directiva acordó por unanimidad oponerse a dicha medida legislativa. Fueron aprobadas dos solicitudes de ingreso y se tomaron varios otros acuerdos de interés general.

Asociaciones de Distrito

Ponce:

A principios del mes en curso celebraron los compañeros del distrito de Ponce una reunión extraordinaria con el fin de elegir la directiva y delegados para el año en curso, habiendo sido electos los siguientes miembros:

Presidente — Dr. Osvaldo Goyco
Vice-Pres. — Dr. Pedro A. Castaing
Secretario — Dr. L. A. Balasquide
Tesorero — Dra. Elvira Rodríguez
Delegados — Dr. William R. Gelpí
Dr. Ramón Maldonado

La asamblea científica del distrito de Ponce se llevará a efecto en el mes de septiembre.

Guayama:

El domingo 25 del mes en curso, bajo la presidencia del estimado amigo, Dr. José Forastieri, y con una nutrida concurrencia, llevóse a efecto en el Club Rotario de la ciudad de Caguas, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama.

A las 11:00 de la mañana dió comienzo el programa científico, habiéndose presentado las siguientes contribuciones:

"Pleural Adhesion as a cause of Back Pain", por el Dr. Manuel Santiago Santos.

Consideraciones sobre dolor precordial, por el Dr. E. Prieto.

Linfopatía Venereum at the Venereal Diseases Hospital, por el Dr. Severo R. Torruellas.

Consideraciones sobre la fisiopatología del líquido céfalorraquídeo, por el Dr. Luis Manuel Morales.
Enfermedad fibrocística del páncreas por el Dr. Roberto Aguayo.

Una vez terminados los trabajos científicos, hizo uso de la palabra el Dr. Oscar Costa Mandry, quien exhortó a todos los médicos presentes a cooperar con la Oficina de Defensa Civil durante las maniobras que habrán de verificarse próximamente.

Luego el Dr. Pila explicó a los concurrentes el propuesto plan de servicios médicos para complementar el servicio hospitalario próximo a organizarse en nuestra isla, y entregó a cada uno de los presentes un cuestionario relativo a dicho plan, para ser llenado.

A la 1:30 se sirvió en el mismo sitio de reunión un suculento almuerzo criollo, y más tarde reuniéronse en sesión administrativa todos los compañeros del distrito, procediendo a la elección de la directiva, recayendo los nombramientos en los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. Jaime L. Fuster
Vice-Pres. — Dr. Hilton L. López
Secretario — Dr. Eduardo R. Pérez
Tesorero — Dr. A. García Soltero
Delegados — Dr. José Forastieri
Dr. M. Santiago Santos

Aguadilla:

La Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, que preside nuestro buen amigo y compañero, el Dr. Luis A. Sánchez, sigue en turno para la celebración de su asamblea anual, y según información del presidente, la misma habrá de tener lugar a fines del próximo mes de mayo en la ciudad de Aguadilla.

Esperamos que, al igual que la asamblea del distrito de Guayama, ésta resulte otro éxito.

Humacao:

La asamblea del distrito de Humacao, originalmente señalada para verificarse en el mes de marzo, ha sido pospuesta para tener efecto en el mes de julio. En nuestra próxima edición daremos a conocer el sitio y la fecha exacta de dicha reunión.

Auxilio Médico Mutuo

El día 31 del pasado mes de marzo venció el período de gracia concedido a los miembros de la Asociación para acogerse al plan de Auxilio Médico Mutuo. En dicha fecha se habían acogido al plan y pagado sus cuotas, 357 compañeros, y otros quince habían llenado sus tarjetas "Registro de Beneficiarios", lo que nos da un total de 372 médicos acogidos al plan, de un total de 381 asociados que están en la práctica civil de la profesión.

A las listas anteriormente publicadas debemos agregar ahora los nombres de los siguientes compañeros:

Dr. Jaime L. Fuster
Dr. José A. Amadeo
Dr. José B. Gotay
Dr. Guillermo Acosta
Dr. Jaime L. Costas
Dr. Jaime F. Costas Díaz
Dr. E. Costas Purcell
Dr. Jaime Vilá Morales
Dr. Eduardo Rodríguez Pérez
Dr. Alvaro Santaella
Dr. Guillermo Barbosa
Dr. Rafael E. Ferrer Santana
Dr. Arsenio Comas
Dr. J. A. Hernández Matos
Dr. Antonio R. Reyes
Dr. Manuel A. Frías

Dr. Antonio Arbona
Dr. Donald F. Gowe
Dr. Antonio Marchany
Dr. Herminio D. García
Dr. Alberto L. Mejía
Dr. Jacob Smith
Dr. José M. Santiago
Dr. Ramón A. Ríos
Dr. Ramón T. Colón
Dr. Adolfo Bernabe
Dr. Luis A. Sánchez
Dr. Gabriel Rigau
Dr. Luis F. González
Dr. José J. Alonso
Dr. A. Ortíz Romeu

Próximamente habrá de reunirse la Junta del Auxilio Médico Mutuo para fijar la cuota que tendrán que pagar los compañeros que deseen acogerse en lo sucesivo al plan.

Las certificaciones para las cuotas voluntarias siguen siendo extendidas con regularidad por los médicos asociados, y esperamos tener el gusto de publicar en nuestra próxima edición los nombres de los primeros en expedir los veinte certificados iniciales.

Suplicamos a los compañeros no olvidar que, aunque el buen funcionamiento del plan de Auxilio Médico Mutuo está prácticamente asegurado con los ingresos obtenidos por concepto de cuotas, ello solamente constituye el principio de un proyecto de grandes alcances según ha sido ideado por sus organizadores, y que mientras mayor sea la cooperación que presten a esta medida los médicos asociados, mayores serán los beneficios a recibir por sus familiares, y probablemente, por los propios interesados.

Suplicamos pues, a los compañeros que ya tienen en su poder los libros de certificados, hacer buen uso del mismo.

Misceláneas

Visitas del Presidente:

Nuestro activo presidente, el Dr. Manuel de la Pila, ha continuado visitando personalmente a los miembros de la Asociación, con el propósito de discutir con ellos la posible organización de un plan de servicios médicos.

En el transcurso del presente mes visitó a los compañeros del distrito de Arecibo y a los de Guayama, y se propone continuar sus visitas, hasta haber logrado tener una entrevista con todos los miembros de la Asociación.

Nuevos miembros:

Recientemente fueron admitidos a formar parte de nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Enrique Milán, de Aguadilla
Dr. Fernando L. Buxeda, de Santurce

Se halla pendiente de consideración la solicitud de ingreso del Dr. Max D. Sánchez, de Guayanilla.

Aprueban los exámenes de reválida:

Los siguientes candidatos aprobaron los exámenes de reválida celebrados por el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico el pasado mes de marzo, habiendo sido por lo tanto, admitidos al libre ejercicio de la profesión médica en nuestra Isla:

Dr. Miguel Mudafort Sarkis
Dr. Carlos E. Acevedo Defilló
Dr. José Sobrino
Dra. Edith Zaidée Rodríguez
Dr. José Añeses Arrache
Dr. Nathan Rifkinson

Dr. Carl Flory Coffman
Dr. Julio E. Dávila Boria

De los candidatos que se sometieron al examen especial, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 26 del 1942, solamente aprobaron el mismo los siguientes:

Dr. José A. Sánchez Sánchez
Dr. Gregorio Sicard Espinola
Dr. Honorato Estella Entralgo

Nuevos miembros del Tribunal:

Recientemente fueron nombrados para formar parte del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, los siguientes compañeros:

Dr. A. Oliveras Guerra, de Hato Rey
Dr. Arturo Cadilla, de Arecibo

Legislación pendiente de aprobación:

Encuéntrase ante la consideración del Honorable Gobernador de Puerto Rico, el Proyecto de la Cámara Núm. 241, presentado por nuestro buen amigo el Dr. Julio A. Santos, y que dispone la creación del Instituto de Medicina Legal de Puerto Rico.

Es ésta una de las medidas que con más tesón ha impulsado y defendido nuestro presidente, y todas las probabilidades son de que se convierta en Ley, dándose así un paso más de avance en el desenvolvimiento científico de nuestro país.

De ser aprobada dicha medida legislativa, daremos publicación a la misma en nuestra próxima edición, para conocimiento general.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A 6.250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

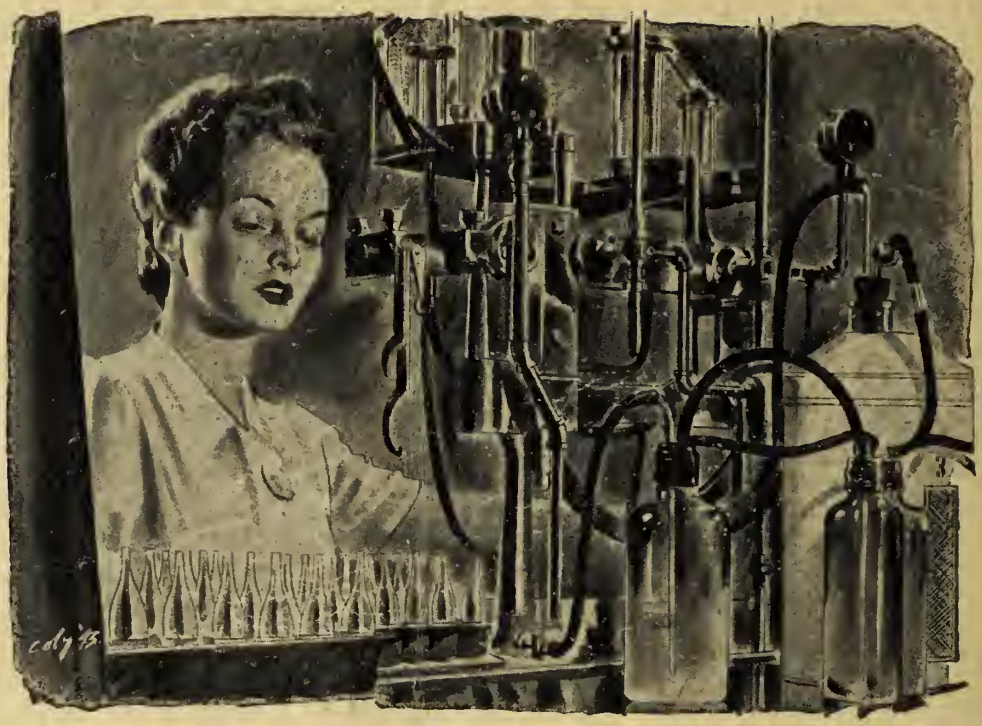
PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.



Máquinas Que Rara Vez Se Paran

La demanda para materiales medicinales en el frente de batalla no empieza a las ocho de la mañana ni termina a las cinco de la tarde: en la guerra no hay semana de cuarenta horas de trabajo y los heridos tienen que ser tratados a todas horas—día y noche.

Los empleados Lilly se dan cuenta exacta de la obligación que tienen de producir en su totalidad lo que les toca de agentes terapéuticos esenciales. En primer lugar tienen que recordar que las máquinas tienen que funcionar ocho—dieciséis—veinticuatro horas al día para llenar las necesidades de las fuerzas aliadas.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY AND COMPANY, INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

SCHOOLS OF MED.
LIBRARY

AÑO XXXV. MAYO, 1943. NUMERO 5.

JUL 6 1943

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO R

OLAC *Alimento Completo Especial Para*

Prematuros y Recién Nacidos

EL OLAC encarna las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe de ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).

En la alimentación de los prematuros, el Olac ha dado resultados tan buenos como la leche de pecho y superiores a las fórmulas de leche evaporada. Stoesser hace las siguientes conclusiones de su estudio con más de 200 lactantes:

"La preparación de leche descremada y aceite de oliva sale triunfante de las pruebas clínicas, representando una mezcla de sólidos de leche descremada, caseinato de calcio, aceite de oliva, y Dextro Malto, en proporciones que la investigación científica ha demostrado que son las más útiles para el fomento y desarrollo del crecimiento del recién nacido y del prematuro. Las criaturas, tanto pequeñas como grandes, la asimilan con suma facilidad y muy pocos trastornos digestivos, por lo cual aumentan rápidamente de peso."

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en farmacias en latas de 454 gms. a un precio sumamente módico.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E.U.A.

P. O. BOX 3081, SAN JUAN, P. R.

SUMARIO

Página

Sex and Depersonalization, Louis S. London, M. D., New York, N. Y. — — — — — — — — — — — — — — — — 171

Preliminary Report on local Venereal Diseases relative to the Puerto Rico encamped Military Forces, Ernesto Quintero, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — — — — — 180

Contraindicaciones de la Operación Cesárea, L. A. Balasquide, M. D., Ponce, P. R. — — — — — — — — — — — — — 189

Consideraciones generales sobre Tuberculosis Genital, William R. Gelpí, M. D., Ponce, P. R. — — — — — — — — — — 195

Modernas orientaciones en la Práctica Médica, Manuel de la Pila Iglesias, M. D., Ponce, P. R. — — — — — — — — — — — 199

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — — 211

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

COMPLETE VITAMIN B COMPLEX MEDICATION



In most cases, Vitamin B deficiencies are deficiencies of the entire Vitamin B Complex. Even though the symptoms manifest themselves as the deficiency of but a single factor, the safe prescription is to provide all the factors in the same proportion as they occur in nature.

Elixir Galen B Fortified * is a carefully prepared concentrated derived from rice bran... an excellent source of the Vitamin B Complex. It retains all the factors in the same balance proportions as they naturally occur plus additional amount of thiamine and riboflavin.

The Galen Co. was the first to recognize the value of Rice Bran for this purpose. Over eight years clinical use and an ever increasing acceptance by the practicing physician attest its dependability.

GALEN COMPANY, INC.

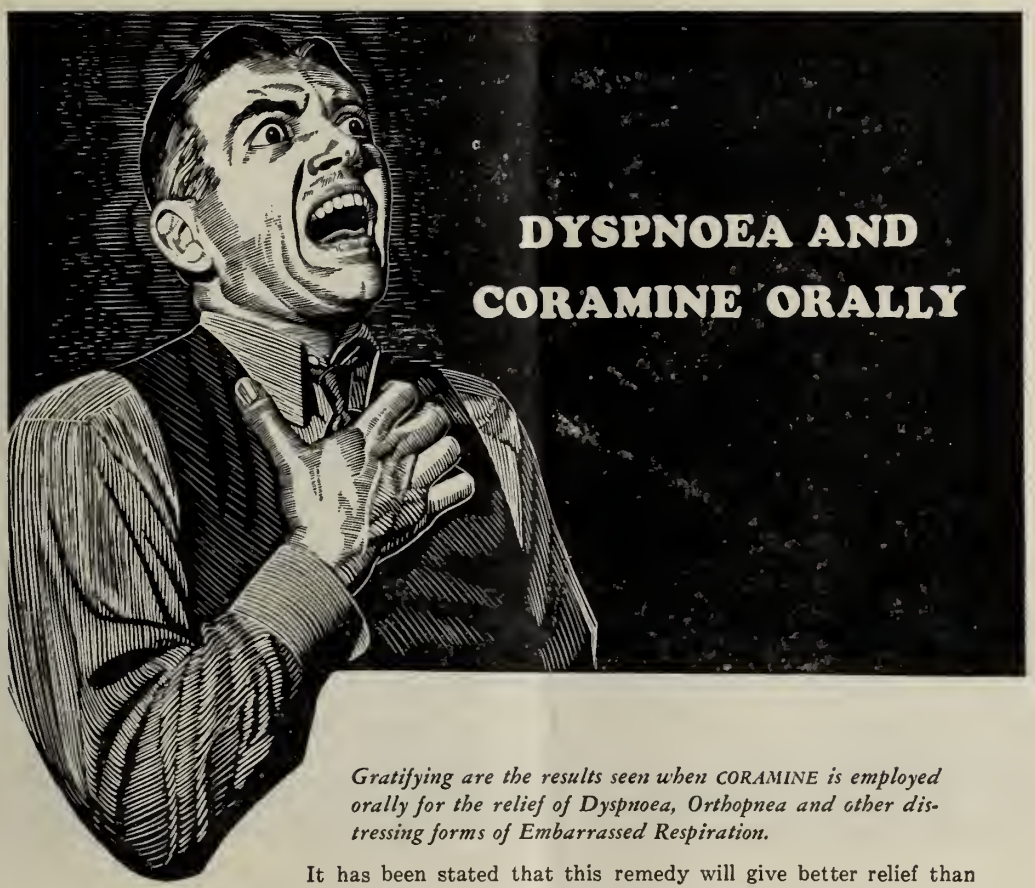
BERKELEY, CALIFORNIA

Copyright Galen Co.

* Trade Mark

Distributor:

RODOLFO BERNAL



Gratifying are the results seen when CORAMINE *is employed orally for the relief of Dyspnoea, Orthopnea and other distressing forms of Embarrassed Respiration.*

It has been stated that this remedy will give better relief than anything that has so far been found, when used freely and fearlessly.[1]

Often overlooked, however, is the extreme value of *CORAMINE** orally for extended periods of treatment. It has been given as a 25% solution, one dram three times daily. The wide therapeutic margin of safety reduces the possibility of undesirable side effect.

In emergencies *CORAMINE* is used intramuscularly, subcutaneously or intravenously in doses of from 5 to 10 cc. Use it in your next case of Dyspnoea.

[1]Lankford, J. S., "Coramine," Clinical Medicine & Surgery, 37, 670, 1930.

CORAMINE

AMPULS **LIQUID**

A Cardio-Respiratory Stimulant

Produced Only by Ciba

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

SUMMIT, NEW JERSEY



La Lucha Clasica

Casi a diario los médicos en su práctica encuentran síntomas clásicos de inflamación. El tratamiento clásico de inflamaciones locales en años pasados era la anticuada cataplasma, humilde principio de la terapéutica endérmica y dérmica.

MODERNIZACION

Combinando las propiedades físicas de la glicerina y el silicato de aluminio con las acciones fisiológicas del guayacol aplicado sobre la dermis, así como la creosota, salicilato de metilo y sulfato de quinina, un efecto analgésico descongestivo es producido y es de valor en el tratamiento de las inflamaciones.

Limpio y simple en su aplicación, Numotizine es tan efectiva en el alivio de los síntomas molestos de la inflamación que su uso en los siguientes dolores locales es recomendado diariamente por los médicos: AFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS . . . INFLAMACIONES DE LA PLEURA . . . TORCEDURAS Y FALSEADURAS . . . ARTRITIS . . . FURUNCULOSIS . . . BURSITIS . . . MASTITIS . . . INFLAMACIONES GLANDULARES.



Se suministra en frascos de 57 grs., 114 grs., 227 grs., 425 grs., 850 grs.

NUMOTIZINE

Tarros cerrados a presión—con lo que se evita la contaminación del producto con otras materias . . . así como su desperdicio.

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.



"Ojos" para los cañones antiaéreos

LOS aviones enemigos han aprendido a temer y cuidarse de la mortífera precisión de los cañones antiaéreos de fabricación americana que apuntan con exactitud automática por medio del altímetro registrador. Este complicado instrumento de observación y cálculo es sólo uno de los instrumentos ópticos Bausch & Lomb de precisión usados en los frentes de combate de las Naciones Unidas.

Trabajando noche y día, millares de artífices de la Bausch & Lomb están proveyendo de una enorme cantidad de aparatos ópticos militares a las Naciones Unidas. En la retaguardia también los instrumentos Bausch & Lomb de comprobación aparatos metalográficos y espectrográficos, proyectores de medición perimétrica y microscopios industriales, están activando la producción de pertrechos esenciales para la guerra.

Nuestros favorecedores, que ven con benevolencia nuestra labor fabril para ayudar en la guerra, están pasando sin muchos de los instrumentos y lentes Bausch & Lomb que de ordinario necesitan.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

TRATAMIENTO LOCAL DE LAS ULCERAS EN LAS PIERNAS

La ANTIPHLOGISTINE es valiosa en el tratamiento local de una de las lesiones más obstinadas: la úlcera en la pierna.

Debido a su alto porcentaje de glicerina y sus demás ingredientes, la ANTIPHLOGISTINE ablanda el endurecido círculo, quita las costras y escamas. También impide molestias secundarias y mejora el abastecimiento local de sangre.

Las repetidas aplicaciones de confortablemente caliente ANTIPHLOGISTINE producen limpieza en la úlcera, y mejoría general en los tejidos que la rodean.

Por supuesto que hay que investigar la etiología de la úlcera, y, de ser posible, también tratar el mal que la causó. Pero la clase de aplicación local es importante.

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 VARICK STREET — NUEVA YORK, E. U. A.

Francisco Garratón, S. en C., P. O. Box 1541,
San Juan.

"eso es lo que yo quiero - **CEREVIM!**"



¡Porque sus vitaminas me harán más grande y más fuerte!

El éxito de Cerevim se debe a una modernísima fórmula que es superior como fuente de nutrición, minerales y vitaminas importantes, *cuyos componentes fueron seleccionados teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité de Alimentos y Nutrición del Concejo Nacional Investigativo de los Estados Unidos de Norte América.*

Cada gramo de Cerevim contiene las proporciones siguientes de los requisitos diarios mínimos publicados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América.*

	Tiamina	Riboflavina	Hierro	Calcio	Fósforo
Criaturas	.08	.06	.03	—	—
Niños:					
menores de 6 años .	.04	.01	.03	.01	.01
mayores de 6 años .	.03	.01	.02	.01	.01
Adultos:	.02	.01	.02	.01	.01
Mujeres embarazadas y lactantes	.02	.01	.02	.005	.003

* El equivalente numérico del requisito diario es 1.0. Las cantidades correspondientes por gramo se obtienen multiplicando esta cifra por la que aparece en el cuadro.

Los anuncios enviados por Lederle a los médicos y pediatras, mediante revistas y circulares apoyan su venta. Baste decir que es un producto Lederle, con un sabor muy apreciado por los chicos.

Especifique **Lederle**

LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Calle Salvador Brau, San Juan



VITAMIN B COMPLEX DEFICIENCY *has numerous manifestations*

• The signs and symptoms of vitamin B complex deficiency are widespread and may involve the skin, eyes, nervous system, cardiovascular apparatus, and gastro-intestinal tract.

Betaplexin is serviceable both for treatment and for prevention of deficiency of the various factors comprising vitamin B complex. It is supplied in convenient forms.

WINTHROP

BETAPLEXIN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of VITAMIN B COMPLEX

ELIXIR
SYRUP
TABLETS
CAPSULES

77 ALLEN ST — SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXV | MAYO, 1943. | Número 5

SEX AND DEPERSONALIZATION

LOUIS S. LONDON, M. D.

New York, N. Y.

This syndrome which occurs in various psychic conditions, has been described by many investigators as far back as 1870[54]. It is discouraging to search the literature and find so many controversial opinions as to its theories and conclusions. Even its very definition varies, but it is generally assumed to be a subjective condition in which the patient feels that he is not the same person. Although it has enjoyed such thorough clinical description, the psychoanalytic interpretations have been diverse. W. Mayer-Gross has given us the most comprehensive paper on the subject[35]. Schilder[49], Oberndorf[39,40], Federn[11,12], Gutheil[14], and others have given us interesting psychoanalytic interpretations. Schilder* in discussing the treatment of depersonalization stressed the sadomasochistic and exhibitionistic findings in his series of cases. Not to burden the reader with repetition, a bibliography is appended to the conclusion of this paper to show how extensively the subject has been explored but still remains unsolved.

It has been the writer's custom for over twenty-five years to study cases by submitting to analysis the precise phraseology of the patient's content of thought, because the pychoanalyst is apt to lose himself in the strange meshwork of mystification and neologisms of Freudian orthodoxy. This is the selfsame procedure I learned and followed twenty-five years ago when I was a subordinate physician to George W. Mills, from whom I learned that the patient's own description of the content of his thought is the most important factor in making a mental examination. In a book published two years ago, I had the opportunity to carry out this procedure in a study of fifty cases[56].

This patient had been previously analyzed for sexual impotence two years after his marriage (two years before he consulted the writer). His impotence was aided, but evidently the analysis released psychic manifestations which precipitated grave mental symptoms. Only a few months after his discharge from analysis, the patient developed symptoms of depersonalization. He lost interest in his wife and in his business, and walked around in the manner of an automaton. He lost his emotional feelings and sensations, and he did not know whether he was alive or dead. He had had about one hundred fifty analytic periods, but the first analysis seemed to have created this state of depersonalization. The writer's experience convinces him that such cases can be allied to schizophrenia in view of a definite splitting of the psyche. These patients have good insight and, in several cases that he has analyzed, they always seemed

* At a combined meeting of the section of neurology and psychiatry and the New York Neurological Society. New York Academy of Medicine Jan. 10, 1939.

to have failed in making a heterosexual adjustment.

The analyst who had previously studied him sent him for hypnotic treatment first to a psychologist and later to a distinguished freudian. The latter thought the patient would have to be subjected to a prolonged analysis for years to carry him back to his anal- and oral-sadistic levels.

The patient admitted that when he left the first analyst there was a doubt in his mind whether he was cured, and he thought of consulting another analyst. The first analyst had told him that he gave his psychic love to his mother and his physical love to his father. He had impressed upon the patient his mother fixation; the patient could not accept it. The analyst then told him it was unconscious. He accepted the analytic interpretations, and improved in sexual potency. As soon as he relapsed, the patient realized that he did not love any woman, and had only loved his mother for what she could do for him. On another occasion, the analyst had told him he was attached to his mother and that his brother was attached to his father, on whose death his brother would commit suicide. The patient's confidence in analysis was destroyed, and he feared that he would never recover.

The writer reanalyzed this patient in one hundred sessions. In view of his previous analysis, the transference was very stormy at first but later his transference became positive, and the following information was obtained.

Family history: His father is sixty-five years old and highstrung. He is said to have had neurotic attacks, but the patient claims his father "worked himself out of them." His mother is sixty-three and apparently well. He has an unmarried brother three years older who is very seclusive. A sister one year older is also neurotic. She married a short time after he completed his first analysis, and his disturbance was attributed by the first analyst to this marriage, a view which the writer could not confirm.

Relationship to parents: The patient remembered his father as always being ill, hysterical and having coughing spells. His father repeatedly complained of overwork, a symptom which was transmitted to the patient. During the patient's illness, compulsory thinking of sexual relations occurred. When his parents went out for walks, he always connected the event with their having sexual relations. He had visions of committing fellatio on his father, and fantasies of his father lying next to him and the patient grasping his phallus. As a child he was always babied by his mother. If she wanted to do something, she would ask the patient in these words: "Please do it!" and he would obey. In his relationship to his wife there is a similarity in his reactions; if she asks him to do something in the same way, he responds. When the patient had influenza at eighteen years of age and was in bed with his mother, he felt like crying, so she told him to cry. He thereupon turned to the wall and cried. At the age of ten, his mother used him as a clothes model in her dressmaking, and whenever anyone came, he would run away and hide. There is an Oedipus situation in this case, in his primary identification with his mother, but no infantile roots could be established.

Personal History: The patient is a thirty-year old pharmacist who was somewhat seclusive as a child, but very ambitious during boyhood. He was very religious until he was eighteen but then lost faith in his religion. During childhood he visited his relatives in Germany, traveling with his mother, sister and brother.

Sexual History: It was not until he was nine or ten years old that he recalls his first sexual trauma when another boy forced him to perform active fellatio. The boy was several years older and would hold the patient between his legs and rub against him saying, "Now I am washing you; I am dressing you as a girl." On another occasion when a year or so older he practiced mutual masturbation with another boy. From puberty on throughout his life, including his marriage, he practiced masturbation. He fantasied perversions and very often restrained himself from completing his act of ejaculation. He withheld his semen by pressing the dorsal side of his posterior urethra.

He slept with his brother for about two years; they practiced mutual masturbation. His brother often performed pederasty on him. This occurred about the time of puberty.

In his heterosexual relations with his wife, which occurred before marriage, he never received complete gratification, and always wanted anal intercourse, as he could not get a contraction in vaginal coitus. He had difficulty in attaining orgasm and ejaculation (sadism). In his masturbation he often assumed the position of a woman, and felt like one, thinking he had breasts. He placed mirrors against his scrotum to observe his act. His masturbation fantasies were always colored with perverse thoughts: he envisioned a girl either masturbating or committing bestiality.

Relationship to homosexuality: Although he always feared homosexuals, he often tried to push his genitals back and appeared as a woman, and once when lying in a sleeping coach, felt as if had a woman's breasts. Although he entertained these fantasies, in reality he wanted to appear masculine and feared being considered effeminate. After he stopped sleeping with his brother, he never could discuss sexual matters with him. When he saw his clerk leaning over the counter, compulsory thoughts of sodomy occurred. When salesmen entered his store, thoughts of fellatio seeped into his consciousness. Throughout the analysis compulsory homosexual thoughts dominated his mind.

Relationship to heterosexuality: Before puberty he had many heterosexual thoughts and experiences. He played sexual games with the sister of the boy who forced him to commit fellatio. He often looked under girls' dresses and recounted several experiences of playing with little girls. He often consulted the dictionary for various words such as vagina, clitoris, pregnancy, and so on. After puberty, and up to the age of twenty, his heterosexual urge was entirely repressed. He exposed himself in front of his sister.

He encountered an anal complex when he began to take out girls, always calculating how much it would cost. At the age of twenty-four he had his first heterosexual experience with a prostitute. A few years later he met his future wife. She was engaged to another man, but practiced mutual masturbation with the patient. In one of these erotic episodes she induced him to cohabit with her: she was definitely the aggressor. This affair precipitated their marriage, as she feared pregnancy (flight into marriage). He had very little interest in his sexual life even the day before marriage; he masturbated on that day, and the day after marriage he had a transient period of sexual impotence.

During his marital sexual life he often fantasied coitus with other women; he had desires to cohabit with girls without pubic hair (masked homosexuality). Compulsory thoughts of sexual perversions and prostitutes permeated his mind. Whenever he kissed his wife or had coitus with her, he

fantasied her as a prostitute. The thoughts of prostitution finally impelled him to consort with prostitutes. He did this irregularly. In these relations he always fantasied he was the woman and she the man. Suspicious thoughts concerning his wife now entered his mind. He began to doubt whether she had a hymen at the time of marriage, as she had menstruated at the time they had their first coitus. He began to believe she had forced him into marriage, for after having their first sexual relations she had said: "We will get married tomorrow." These thoughts began to recur and he developed sadistic trends towards his wife and towards all women. He often visioned a vagina cut like a veal cutlet; in the fantasy, someone was frying it. Whenever he escorted his wife to the railroad station, he thought after she left; "Well, I am glad she has gone." Often, at the subway station, thoughts of pushing his wife in front of a train occurred. During his illness he at times had no emotional feelings towards his wife. On several occasions he barked at her, imitating a dog.

Symptomatology and course of illness: The onset of neurotic manifestations in this case date back to his prepuberal age. He had a definite attack at the age of twelve. At eighteen he consulted a physician about his nervousness. At twenty-two he had hysterical symptoms, such as tremors of the hands and constrictions in his throat. Many years before his marriage he had hysterical fugues (symptoms of depersonalization). During these attacks he would ask himself "Who am I?" He felt as if he were another person. Four years before he had his first analysis he had what he considered a nervous breakdown; during this episode he was depressed. Throughout his life he had ambivalent symptoms of depression and elation. It was during these elated phases that he was able to carry on in his studies and support himself through college. Before his marriage a favorite fantasy was a male and female baby copulating. After marriage, his sexual problems increased, and he sought relief in a few heterosexual experiences with prostitutes. He had never reached a heterosexual level, and was only in a homosexual phase when he married. His marriage, as stated before, was a flight which was precipitated by his partner's aggressiveness —in fact, she almost coerced him into marriage. He failed in making a heterosexual adjustment, and as a protective mechanism he developed sexual impotence as an escape from his marriage. It was then that he began his first analysis, primarily to be cured of sexual impotence. He was not keen on undertaking any form of therapy, but was urged by his wife. As his analysis progressed his potency was restored. However, as stated before, he could not accept all of the analyst's interpretations. Incest had been emphasized so much to the patient that at times he seemed to be part of his sister. He had really never been symptom-free, and when his symptoms became acute, he returned to his first analyst.

When the patient came to the writer he was in a state of acute anxiety. It was necessary at first to free him of his anxious state, as he was not in any condition to accept any interpretations. It is necessary in such states to prepare the patient for analytic therapy which is really an operation of the mind. We always prepare surgical cases before operating. Therefore, why should not a patient who goes through a long psychological operation be prepared beforehand?

The patient was very resistent and demanded explanations. He wanted to know why his first analysis had been a failure.

He felt himself as a child and could not make any decisions. The writer put him through a routine passive analytic therapy, using his free associations and dreams for material. Whenever he asked questions, his resistance was explained and he was told that in due time he would recognize his mental conflict. He had developed a fear of returning to his store. He showed grave symptoms of depersonalization. He did not feel like a person, he was in a state of an automaton. He had no feeling of being alive, and appeared dazed. Even when he masturbated, he looked at his hand; it did not feel as it was his own. When he wrote a letter, he thought someone else was writing it. He could not concentrate; he picked at his hair, his ears, and his toes. When he observed a corn on his foot, he wanted to amputate his foot (castration). Whenever he swallowed saliva, thoughts of semen came to his mind. He felt confused about remote events, and felt as if he were asleep. He was in the realm of fantasy, and away from reality. He was in a dissociated state. His body felt as if it were twisted.

His depersonalization not only occurred in his psyche but it applied also to his sexual organs. He had a definite castration complex; whenever he heard a buzz saw, he thought his scrotum and phallus were cut in half in a sagittal section. He separated his genitals from his body. He felt as if his genitals were attached to his body, as if put there by a sculptor, and were not part of himself; he felt they were glued to his body. In his sexual relations with his wife he had no emotional feeling; when his wife left him he would fall into a semidrowsy condition, and at times he had fantasies accompanied with actual ejaculation. He could not get any mental picture in his mind; he could not visualize his wife.

His first symptoms seemed to have occurred after he purchased a fountain in his store; immediately following this, he developed a spasm of his throat (fellatio fantasy)— a recurrence of a symptom he had at twenty-two years of age. It was soon ascertained that he had occasionally practiced sexual perversions with his wife. This was a trauma to him and immediately released other perverse thoughts of a homosexual nature. He was partial to anal intercourse because the anus was not as relaxed as the vagina (masked homosexuality). Sexual perversions began to dominate his mind. Whenever his wife went to urinate, he fantasied she was urinating in a can and he was drinking it (urolagnia). He was afraid to get drunk, fearing he might do something sexual (he feared his unconscious). He began to recall other sexual repressions during his boyhood. After puberty he fantasied women performing anilingus. He sought sexual words in the dictionary and these increased his salivation. He also liked to smell his sweat and his wind (infantile sexuality).

Whenever he recalled material forthought he became exhilirated, but soon lagged back into his state of depersonalization. Having come here for treatment from another state he roamed the streets looking for burlesque shows, and spent a great deal of time masturbating.

(During these periods it is best not to intervene actively; the compulsory symptoms bring out additional repressions. The excessive masturbation is due to their state of tension).

The patient had emotional periods when he cried bitterly. He had pedophilic fears; children always represented perversions to him; he feared to gaze at children's genitals. Sadistic and masochistic thinking was released. He remembered

reading torture stories during boyhood. These thoughts and compulsory fellatio thinking increased his salivation. Whenever he thought of fellatio, he thought of swallowing his semen. He had an idea that half of the semen had been left over in the womb of his mother at the time of his conception, which semen was later fertilized in the conception of his sister.

His symptoms of depersonalization continued: he felt as if he were not married, and had no store. Sexual thoughts continued to dominate his mind-chiefly thoughts of fellatio, pederasty, and other perversions. He made careful examinations of his semen after masturbating. He noted that it appeared white, at other times yellow. He thought that his semen had deteriorated and that he could never recover.

As the thoughts of fellatio reappeared, he thought to himself. "Go out, and do it and be done with it." Suicidal thoughts now appeared: he thought of poison, stabbing himself, or jumping out of the window. Masochism and castration became part of the manifest content of his mind. He fantasied his head cut off and his body cut in a sagittal section.

He roamed the streets continually seeking a prostitute his mother was the original prostitute— she went out to cohabit with his father. Transvestite thoughts began to occur to him. He wanted to dress as a woman; he was exhibitionistic; he masturbated, gazed at his phallus, undressed, and stood in front of his hotel window.

For a time his hysterical fugues increased. During this time he gave way to excessive emotion. He cried bitterly but continued to masturbate almost daily. Fantasying sadistic acts towards women, he whipped them, choked them, and forced them to commit fellatio upon him. In one of his fantasies he described sexual prowess (this was a compensation for his inferiority). He is masturbating; six women are watching him, his phallus being so large that women pay admission to see him. In other fantasies other men carried out sadistic acts; a girl is tied to a chair; numerous men have coitus with her, and she dies. A sultan is tying women; rats are eating their stomachs.

The patient had a very lavish dream content, most of which had a homosexual coloring. His fantasy life was very rich. He had birth fantasies, in one of which his mother was impregnated by an uncle when his father was away. This corroborates unconscious thoughts of his mother being a prostitute—all women were prostitutes, including his mother and wife.

Two dreams are reported in this case: the first occurred early in the analysis; the second before the dissolution of his conflict.

Dream 1: He is walking along the street and sees two stores; one seems to be on the sidewalk in front of the other. In the forward store, a Chinese is talking in his native tongue. In the rear store a man is talking about a sweepstakes ticket.

The two stores obviously represent the analyses. The first analysis confused him, as the patient said. He could not understand the language of the first analysis, it was in Chinese. The second store represents his present (second) analysis. It probably represents the wish for a recovery which is symbolized by the sweepstake ticket.

Dream 2: A man is pleading with a man and woman to let him stay. There is a transition in the scene and he sees the man experimenting with pills, trying to freeze them, which he finally succeeds in doing.

The patient is the man in the first part of the dream who pleads with the woman (the bisexual conflict in the case). He wants to stay— attach himself to the

heterosexual component. The success of the experiment is depicted in the second phase, representing his wish to get well. He is the man (pharmacist) experimenting with the pills (sexuality) and eventually succeeds in freezing them.

The patient improved and was allowed to resume his work, but the thoughts of suicide still dominated his mind. Being a pharmacist, he gazed continually at a bottle of cyanide of potassium on the shelf, and began to talk of it constantly, as to how easy it would be, for him to commit suicide. To prevent the possibility of a suicidal attempt he was sent to a psychopathic ward. Here he remained a week and then sent the writer a letter that the hospitalization had given him "a kick in the pants." He was released and this seemed to be the turning point in his illness. He began to take a new interest in his business and returned to his wife.

Two years have now passed since he has been symptom free. He continues interested in his wife and conducts a profitable business. He now has a one year old child. The writer cannot fortell if he will have any subsequent attacks.

Comment

There seemed to be five phases in the patient's conflict:

1. Relationship to his mother; an Oedipus situation (primary identification). Homosexual traumas that occurred late in his pregenital life.
2. He never exceeded the homosexual level in psychosexual development, and when he married he could not adjust sexually to a normal woman. In order to escape from his marital conflicts he developed sexual impotence as an escape to discard heterosexuality.
3. When his sexual potency was improved during his first analysis, he tried to neutralize his conflict by sexual perversions and prostitution which are symptoms allied to latent homosexuality.
4. The first analyst failed to disclose his latent homosexuality. This bisexual conflict precipitated his state of depersonalization which was another avenue of escape from his marriage.
5. The second analysis revealed the bisexual conflict to the patient. He again tried to escape from his marriage by threatening suicide.

As a necessary footnote to this case; we do not know how improvement or recovery occur in the irritative therapies, metrazol or insulin-shock. Perhaps the hospitalization caused the shock that precipitated his recovery. As far back as 1930, the writer tried to demonstrate that a moral shock precipitated attacks of dementia praecox[32]. It may be necessary to produce counter shocks to restablish equilibrium of the libido. However, we must confess that we still do not understand the mechanism of improvement or recovery in psychotherapy, whether it be suggestion or psychoanalytic.

REFERENCES

1—*Bernheim, H.*: Typenunterschiede bei Meskalin-Versuchen Zeits, f.d.g. Neurol u. Psychiat. 121, 531, (1929).

2—*Bergler, Edmund* and *Eidelberg Ludwig*: The mechanism of depersonalization Int. Zeit, für Psychoanal. 21:258 (1935).

3—*Beringer, K.*: Der Meskalinrausch Berlin (1927).

4—*Binswanger, L.*: Ideenflucht. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. XXVII 180:XXIX 1. XXX 68 (1932-3).

5—*Buchanan, D.*: Meskalin Intoxication Brit. Jour. Med. Psychol. 9, 67, (1929).

6—*Carp*: Depersonalisation bei Depression Ned.

Tijdschr. Geneesk p. 1925 (1932).

7—*Claude, H.* and *Ey, H.*: La mescaline substance hallucinogéne C. r. Soc. de biol., 115,838 (1934).

8—*Curran, D.*: A Clinical Study of Delirium Proc. Roy. Soc. Med. 27,1713 (1934)

9—*Editorial*: Journal Neurol. Psychopath. XV, 172, (1934).

10—*Ehrenwald, H.*: Ansognonie und Depersonalisation Nervenarzt, IV, 681 (1931).

11—*Federn, P.*: Some variations in ego feeling Int. J. Psychoanal. VII 434 (1926).

12—Ibid.: Narcissism in the structure of the ego Int. J. Psychoanal. IX, 403 (1928).

13—*Frank*: Depersonalisationserscheinungen Z. ges. Neurol. Psych. CXLIX, 563 (1934).

14—*Gutheil, Emil.*: Depersonalization Psychoanal. Rev. XVII, 26 (1930).

15—*Guttman E.*, and *Maclay, W. S.*: Mescalin and Depersonalization. Journal of Neurology and Psychopathology. 16:193-212 Jan. (1936).

16—*Hartman, H.*: Ein Fall von Depersonalisation Z. ges. Neurol. Psychiat. LXXIV 693 (1922).

17—*Hesnard, A.*: La Signification psychoanalytique des sentiments dits "de dépersonalisation." Rev. franc. psychoanal. 1,87 (1927).

18—*Heuyer, G.* and *Dublineau, J.*: Syndrome de depersonalisation chez un encephalitique Ann. méd. psychol. XC ptl. p. 204 (1932).

19—*Heuyer, G.* and *Serin*: Syndrome de dépersonalisation consécutif á une éncephalite epidemique. Encephale XXV, 629. (1920).

20—*Heymanns, G.*: Eine Enquette uber Depersonalisation und Fausse Reconnaissance Z. Psychol. Physiol. Sinnesorg XXXVI, 321 (1904).

21—Ibid: Weiteere Daten uber Depersonalisation und Fauusse Reconnaissance Ibid. XLII, 112 (1911).

22—*Jackson, H.* and *Stewart, P.*: Epileptie attacks Brain XXII, 534 (1899).

23—*James, W.*: Principles of Psychology 1, 377 (1891).

24—*Janet, P.*: Les Obsessions et la psychasthénié Paris (1903).

25—*Kant, F.*: Uber Reaktionsformen im giftrausch. Arch. f. Psychiat. 91,694 (1931).

26—*Krishaber*: De la névropathie cérébrocardiaque. Gaz. Sci. Méd. Bordeaux (1872).

27—*Lange, J*: In Kraepelin-Lange Psychiatrie 1 (1927).

28—*Lewis, Aubrey*: The experience of time in mental disorder. Proc. R. Soc. Med. XXV, 15, (1932).

29—Ibid.: Melancholia: A clinical survey of depressive states. J. ment. Sci. LXXX, 277 (1934).

30—*Lindemann, E.* and *Malamud W.*: Experimental analysis of the psychopathological effects of intoxicating drugs, Amer. Jour. Psychiat. 13,853 (1933).

31—*Loewy, H.*: Die Aktionsgefuhle Prag. med. wschr. (1908).

32—*London, L. S.*: Treatment of Dementia Praecox with the report of six cases Psychiatric Quarterly Vol. 4, No. 4, p. 641 (1930).

33—*Malamud, W.*: The sense of reality in mental disease. Arch. Neurol. Psychiat. London XXIII, 761 (1930).

34—*Mayer-Gross, W.* and *Steiner*: Encephalitis lethargica in der selbstbeobachtung Z. ges. Neurol. Psychiat. LXXIII, 283, (1921).

35—*Mayer-Gross, W.*: On Depersonalization Bit. Jour. Med. Psychol. vol. XV, Part 2, (1935).

36—Ibid.: Apraxia and Space Proc. Roy. Soc. Med. (1935).

37—*Morganstern, Sophie*: Psychoanalytic conception of Depersonalization J. Nerv. and Ment. dis. 73,164 Feb. (1931).

38—*Nunberg, H.*: Depersonalisation-Zustánde im Lichte der Libidotheorie Int. Z. (arzl) Psychoanal. X, 17 (1924).

39—*Oberndorf, C. P.*: Depersonalization in erotization of thought Internat. J. Psychoanal. 15, 271, (1934).

40—Ibid.: The genesis of the feeling of unreality. Int. J. Psychoanal. 16,296. July (1935).

41—*Oesterreich, K.*: Phaenomenologie des Ich Leipzig (1910).

42—*Pick, A.*: Zur Pathologie Ichbewusstseins. Arch. Psychiatr. Nervenkr. XXXVIII 22 (1904).

43—*Pilcz, Al.*: Uber einen eigenartigen fall von depersonalisation nach fleischvergiftung Wien. Klin. Wschr XXXV 883 (1922).

44—*Prince, Morton*: The dissociation of a personality (1926).

45—Ibid.: Clinical and Experimental studies in personality (1929).

46—*Ribot, Th.*: Diseases of memory. London. (1882).

47—*Rigall, Robert M.*: Dual Personality Lancet p. 1155. (1923).

48—*Sadger, I.*: Uber depersonalisation. Int. Zeitschrift fur Psychoanalyze. Bd. XIV S. 344.

49—*Schilder, P.*: Selbstbewusstsein und Persönlichkeit Berlin. (1914).

50—*Searl, M. N.*: A Note on depersonalization. Int. Jonr. of Psychoanal. 13:329 (1932).

51—*Storch, A.*: Die Welt des beginnende schizophrenie und die archaische Welt Z. ges. Neurol Psychiat. CXXVII, 799 (1930).

52—*Stoerring, E.*: Die Depersonalisation Z. ges Neurol. Psychiat. XCVII, 462, (1933).

53—*Stransky, E.*: Leichte formen psychischer storungen und ihre behandlnng Forth. Kurse d. Wiener med. Fakultát Jg, 40, Heft 2, (1922).

54—*Taine, H.*: DeL' Intelligence (1870).

55—*Weizsacker, V.*: Physiologie der sinne Handb. norm. path. physiol. XL, 1, Berlin (1926).

56—*London L. S.*: Mental Therapy (two vols). Covici Friede New York 1937.

---

160 Central Park South.

PRELIMINARY REPORT ON LOCAL VENEREAL DISEASES RELATIVE TO THE PUERTO RICO ENCAMPED MILITARY FORCES*

ERNESTO QUINTERO, M. D.

Santurce, P. R.

The origin of genito-infectious diseases is lost in the by-ways of the early history of mankind. Attempts for their control have been made since ancient days. It is said that Moses made regulations for the control of the gonorrheal infections and that Hippocrates knew the disease by its symptoms of difficult urination, 460 years B. C.

Syphilis appears in the stage of medical history with its tragic reputation about the time of the discovery of America. This disease has been a public health problem of importance in Puerto Rico since the early days of the colonization by the Spaniards; for the "morbus gallicus" appears in historical documents in the early part of the sixteenth century when Captain Salazar, noted warrior and right-hand man of Ponce de León, although untouched by the Indian arrows, succumbed as a result of this disease. The spread of syphilis, as well as other venereal diseases, takes added impetus concurrently with war. During World War I, there were more than one hundred men suffering from venereal diseases for each casualty in the battlefield. A total of 338,746 men lost seven million days of service as the result of venereal diseases. (*Public Affairs; Prostitution and the War*). The american dollar, coming from the taxpayer, has been paying for this ever since, and according to the Veterans' Administration a total of over $82,000,000 has been used in this respect up to 1940. A substantial proportion of this amount has been spent among the veterans of Puerto Rico.

The following detailed costs up to June 30, 1940, has been borne for conditions due to Venereal Diseases Disabilities:

1. Compensation and benefits for venereal disease blind, "miseonduct" — — — — —	$31,405,000.00
2. Hospitalization and domiciliary care for all cases of neurosyphilis, late and other syphilis and other unclassified venereal diseases — –	$47,250,000.00
3. Hospitalization and domiciliary care for all cases of cardiovascular syphilis — — — — –	$ 3,388,500.00
4. Total estimated costs incurred as the result of Venereal Disease, exclusive of Administrative expense — —	$82,043,500.00

(From: *Plain Words about Venereal Disease*)

The aim at control of the venereal diseases was relaxed with the demobilization of the armies right after World War I in 1919, and although re-awakened in Puerto Rico during 1938 with the financial

Read at the School of Tropical Medicine, April 15, 1943.

support of the Federal Government, the effects were already detrimental to the civil population. Many of the soldiers as well as the civilians, were not treated adequately with the advisable intensity, due to the lack of available facilities, thus contributing towards potential future disable persons.

An analysis of available mortality statistics showed that syphilis during 1936 was about two and a half times as prevalent here as in continental United States. Syphilis was the responsible cause of death of 26.2% out of 61 cases of sudden deaths investigated by post-mortem at the School of Tropical Medicine during 1934.

The prevalence of prenatal syphilis among expectant mothers attending the Public Health Units and at the San Juan Municipal Hospital was 13.6 positive serologically in 2,955 cases, according to the Biological Laboratory report in 1934-35.

In analyzing the data gathered from a study of a series of 155 cases of cardiovascular disease in the island, Dr. Ramón Suárez reported that syphilis appears as a specific etiological factor in 10% of the cases.

Of a thousand consecutive autopsies carried out by Dr. Koppisch at the School of Tropical Medicine, he reported that 8.1% of all cases presented anatomic evidence of syphilis as well as 13.9% of 243 cases which had record of having had positive serologic tests.

The results reported by Dr. O. Costa Mandry of 5,749 blood tests among youths employed by a Federal Agency in Puerto Rico showed 7.5% positive Kahn tests and 9.6% positive Kline. He also reports that in 18,603 satisfactory tests performed in blood specimens of volunteers and selectees in Puerto Rico during 1941, 12.3% gave positive results with Kahn tests and 13.8% with Kline, being higher in the non-whites (14.8%) than in the whites (11.5%). The prevalence of infection with syphilis among the civilian population was indicated by him as 10% of the urban and 5% of the rural population.

Data in regards gonorrheal infections is not available but surveys among military personnel have revealed an incidence three times as prevalent as syphilis.

The socio-economic structure of the island may be considered as a potent factor in the general picture concerning our high venereal disease incidence. We have nearly 2,000,000 inhabitants of which 30% are illiterate, average families of five members; 5% of them living in one room on an income ranging from $150.00 to $300.00 a year. A decided overcrowding thus prevailing on about 75% of the population. Besides, the prevalence of the vulnerable and productive age group (15 to 35) in the island, as well as in the garrisoned armies, has kept constantly present the genito-infectious diseases in the reservoir. These conditions, unless adequately and energetically attacked in all front lines, will open the spill ways of infections and will brim over the reservoir.

The present disturbing war factors (overcrowding, famine, importation of large human masses which convey virulent venereal viruses to infect other or are greatly susceptible to be infected by the present viruses, fatigue, laxity of morals and the concurrent excitement due to possible war risks) aggravate the situation, mainly and mostly in the largest urban centers; and creates an attractive and lucrative market for prostitution, which in turn, influences greatly the maintaining of the reservoir of venereal disease among the encamped troups. There is a decided migration of males and young female members of the family attracted by the higher wages offered at the construction centers

near the largest towns. The young girls migrating are either prostitutes or eventually becomes promiscuous, lured by the more experienced girls' story of easy money. They easily become infected due to the present prevalence of infection, lack of personal sex-hygiene and absence of sanitary facilities. The influx of thousands of presentable young soldiers from the States with plenty of money in their pockets who tremendously increase the number of sex exposure and thus the corresponding increase in the possibilities of infection, not only among themselves but among the local people. When the girls return home, they take the infection with them to rural areas.

The present program of control has been laboring under many difficulties for several reasons.

Venereal diseases infections come to the military personnel from the civilian population and as in Puerto Rico its incidence is high among civilians, it will be inevitable high among the armed forces unless proper provisions are made to bar this situation. In the island the rate has been high among the men who entered the service free of infection. The factors conducive to this situation, among others, are as follows:

1. Prostitution is widespread in the island.
2. Easy availability and widespread use of liquor.
3. Increased exposure and the potentiability of subsequent infection.
4. Lack of sanitary facilities increasing the hazards of exposure.
5. A romantic medium, absence of strenuous military exercises and lack of sufficient recreational facilities in the military posts.
6. Control measures for the civilian population have not been enlarged nor put into effect with the aggressiveness and intensity needed to bring substantial results.

The rate of infection has varied in the different camps due to the following probable reasons:

(a) The interest developed in part of the military officers concerned with local area.

(b) The adequacy and efficiency of the control measures instituted in the area: Such as civilian venereal disease isolating facilities nearby and using them freely; camps being away from town; plenty of entertainment; sex hygiene imposed in the area; more education and prophylaxis for the soldiers; the carrying out with police cooperation of strict measures of repression of prostitution.

(c) The qualification and diligence in the performance of duty by the local health officer (treatments, etc.) and the degree of cooperation existing between the military authorities, the local health officer, the police, legal authorities and other local officers.

Civil activities to aminorate the conditions created as sequence to the war phase of the problem have been organized and put into practice.

1. The field venereal diseases clinics offering adequate immediate and intensive treatment have been augmented up to 56. The ubication of clinics determined by the following:

(a) High incidence of syphilis in the area as determined by positive serological test.

(b) Proximity to military camps.

(c) A large number of promiscuous females in such areas.

(d) A large number of contacts reported from military sources.

(e) Increased difficulties of transportation for treatment to larger towns.

2. Keeping infectious cases under medical care until they are no longer a menace to society, as follows:

(a) The registration in our clinics of all promiscuous patients for the adequate treatment and follow up. There have been 4,146 of this type of patients registered which probably represent 1/3 of the entire potential reservoir.

(b) By isolation in detention hospitals until they are no longer infectious. Now there are 450 hospital beds available, for infectious and recalcitrant promiscuous patients.

(c) By intense every other day specific treatment in the Venereal Disease Clinics and the most strict follow up carried out by the field agents to bring back lapse cases.

(d) By proper education and persuasion, patients may be isolated in their homes for intensive treatment until they are not infectious.

3. A plan has been operating in connection with the rehabilitation of venereally infected selectees:

(a) Each Venereal Disease Clinic will accumulate information in its area in regard to selectees suffering from venereal infections.

(b) The Health Officer will obtain from the local selective board and from the local laboratory the number of selectees found with positive serology or otherwise venereally infected.

(c) Since most selectees are of an age group and social status where venereal infections are more prevalent, Sanitary Regulation No. 107 will be applied to the non-cooperative cases. The Insular Police and other governmental and civic agencies may be asked to cooperate in this task.

(d) The selectees registered in the Venereal Disease Clinics will receive the maximum required treatment in the shortest possible time and from time to time a report will be sent to the local board informing them whether the case is non-infectious, cured, or protected from recurrencies.

4. Legal measures towards the repression of prostitution have been put into practice as far as the existing conditions permitted it.

5. For some time an intensive campaign on sex education was carried out among promiscuous patients attending the clinic services, including the recommendations of improving the sanitary facilities at their homes or/and their business places.

6. Intensive contact tracing of contacts reported by the military personnel or by other sources. (See Tables I and II).

During the initial three years, our program of venereal disease control in cooperation with the federal government has been reaching the infected population considered of main public health importance. This conclusion is arrived at because a survey showed that 73% of all patients were from the 15 to 40 years age group. Moreover, this three years' experience also proved that a potential case load of nearly 3,000 syphilitic patients alone for each part time physician will have to be taken care to meet the full extent of the problem, and this of course is impracticable.

TABLE I.

FORWARD MOVEMENT OF CENTRAL ACTIVITIES DURING JANUARY AND FEBRUARY, 1943

Contacts reported by Military Authoritics — — — — — — — — —	94
Number not found — — — — —	50
Number of contacts treated as result of this information at:	
V. D. Clinics — — —	28
V. D. Hosp. — — —	13
Not put under treatment — — —	3
Number of V. D. investigations conducted as result of information furnished from other sources —	1085
Number of those treated — — —	236
Number of patients hospitalized up to February 28 — — — — —	526
Patients discharge during February	41
New patients registered at V. D. Clinics — — — — — — — — —	1647
Treatment to all patients — — —	41722

TABLE II

DATA RELATIVE TO CONTACTS REPORTED BY THE MILITARY AUTHORITIES TO THE SANTURCE V. D. CLINIC DURING DEC. 1942 TO MARCH 1943

Total number of contacts reported during the four months — — —	117
Number reported by the Navy — —	51
Number reported by the Army — —	66
Number not found — — — — —	64
A—No proper address given — —	54
B—Moved leaving no address — —	7
C—Other causes — — — — —	3
Number found — — — — — — —	46
Number registered in V. D. Clinic	9
Number already registered — —	31
Number sent to V. D. Hospital —	3
Number already sent to V. D. Hospital — — — — — — — — —	2
Number was already reported as contact to other case — — — — —	6
Number that moved, left address and was referred to other unit — —	2

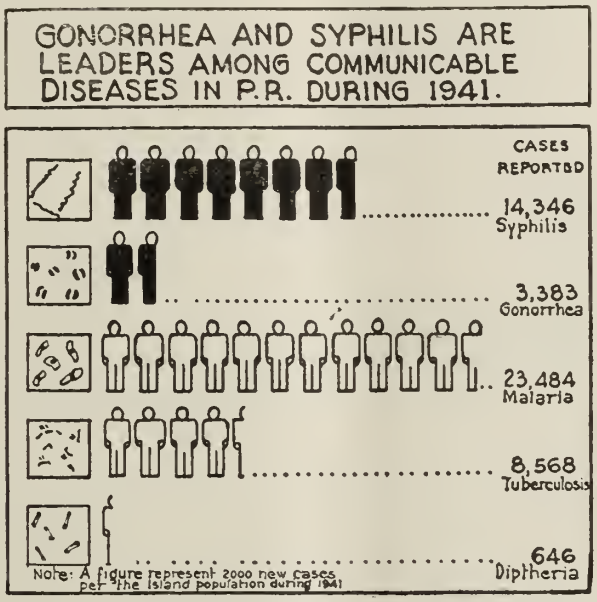
Recommendations

The venereal diseases, as leaders among communicable diseases in the island (see figure I) do enormous human damage, causes huge sums and are prime wasters of the military man power. Under the present war conditions, it is treasonable to waste man power, especially when we have at our disposal the weapons to fight these secret enemies.

Regardless of lines of political demarcation or differences of personal opinion, our immediate next activities should be determined in large measures by their importance to National Defense.

To meet adequately the extra load thus imposed, an expansion and intensification of the control program in its medical, educational and legal aspects should be carried out. More clinic sessions, at least 20 additional daily, with the required personnel, equipment, clinic space and suitable working hours as well as the decided and altruistic cooperation of all the participating agencies should be attained. All the clinics should intensify the development of the original aims and objectives of the control program and the new ones should be operated in those areas that have evinced more urgent need. The clinic space, as well as the working hours, should be as many as the justifiable demands of the corresponding area, irrespective of the number of patients attend-

FIGURE I



ing the services, because in this way, the aims and objectives are fulfilled.

There should be services for male gonorrheal patients and the suitable personnel should be appointed to carry on properly their treatments.

Special surveys with the purpose of discovering and putting under treatment infectious cases should be made:

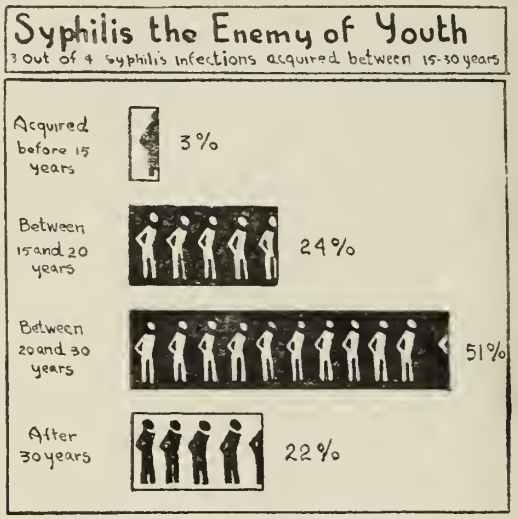
(a) By advertising through the radio or the local press the services of the Public Health Units in regards health certificates to all servants in the community. The carrying out of blood tests and G. C. cultures among those patients during such clinic services.

(b) By developing cordial and reciprocal relations with the private and charity physician in order to obtain from them the reporting of all infectious cases, contacts, and those lapsing from their treatment. There should be personnel properly trained and ready for the tracing of such contacts or recalcitrant patients.

(c) By the rigurous follow-up of every reported source or contact (from military personnel or otherwise) bringing them and their associates to the clinic for diagnosis and immediate, adequate and intensive treatment or the proper isolation at the Venereal Diseases Hospitals. For this type of work special epidemiologic workers should be appointed to start the investigation at the camps, or otherwise, and to clear up to the point of treatment and isolation in each and every one of the cases reported. Owing to the fact that soldiers enjoy traveling from their station bases, these special investigators will also bring out valuable information as regards the location of the different sources and the necessity of carrying out an intensive subsequent follow up of control measures in the respective areas.

The best technical treatment procedures following the most modern intensive therapentic methods should be instituted to all infectious and promiscuous patients, aim-

FIGURE II



ing to produce a clean subject in the shortest possible time. The daily case load nearest to the total number of 4,146 prostitutes already registered in the venereal diseases clinics should be taken care of. The case load activities should aim to hold nearly 50 of those patients per daily clinic session in consequence of which only 2,500 of them will be taken care of daily in 50 of the venereal diseases clinics spread all over the island. For this type of work alone, more clinic services need to be made available.

Isolation facilities should be increased with the purpose of lodging continuously at least one third of the known prostitutes. It has been accepted that the more obstacles placed between the prostitutes and its patron, the fewer will be the exposure to disease. This protection from infection is also accomplished by the proper and adequate application of prophylaxis measures, either by the military personnel or by the females engaged in the business or by qualified persons at their homes. Beneficial results in this respect were shown by Dr. Hugh Young (Autobiography of a Surgeon) during the last World War and also here in the island. In here it is worth while mentioning Dr. Young's quotation: "The Bishop asked the Medical Officer —¿You think there are no chaste men— and answered: Yes, Bishop, there are chaste men but all of them are impotent."

The isolation of these patients should be during the length of time necessary to carry on their redirection towards a better and decent living, because treatment alone for a short time, as we have been doing in Puerto Rico, develops a closed circuit always leading back to prostitution although probably in the meantime, the ones left behind were somewhat overworked to cover the demands, or new ones, being motorized, flock in from neighboring areas.

Legal measures should be promulgated by the Insular Legislature and/or municipal authorities and be enforced by the law enforcement agencies (Police and Department of Justice). The ordinances should have enough teeth to ensure an efficient policy of repression of prostitution, to take the profits out of the business, to eliminate the interest of the exploiter and promoter. Liberal use of taxicab facilities for sexual leisure should be forbidden; the presence of street walkers and solicitors; and intimate relationship of promiscuous type of women with soldiers in cafés, cabarets, night-clubs, hotels, etc., should be prevented. The promulgation and exacting of legal measures to deal properly with girls under age and engaged in prostitution, should not be delayed. At present there is a bill with some such provisions under the consideration of the Insular Legislature.

The problem of prostitution was efficiently dealt with in San Juan long time ago, shortly after the American Government took charge of the island, according to a

memorandum submitted to the Municipal Council of San Juan by a Committee formed by the following distinguished and prominent members: Mr. F. Degetau, Mr. M. F. Rossy and Dr. A. Vázquez Prada.

The above recommendations must be given a fair and enthusiastic test and if the anticipated results are not attained, the May's Act should be invoked and put into effect as has been done in other parts of continental United States.

Health Education measures should be intensified relative to obtaining coordinated cooperation with the insular press and the radio, with the purpose of making the public aware of its responsibility in regards these diseases which like many others, are infectious and contagious. There should be no "TABOO" in the public discussion of these evils which should be dealt with plainly like any other health problem.

At the schools there should be a continuous well organized program of health education aiming to give knowledge about venereal diseases and their prevention. Among the prostitutes, intensive personal or group education should be developed either as ambulatory or isolated patients, so as to develop in them a sense of responsibility towards their fellow-being, so that they themselves institute to their customers and themselves, the most strict and effective methods of prevention.

Wherever there are organized groups of men alone, like in the army, ethical and moral aspects of promiscuity problem and the health conditions involved, should be discussed, taught and clarified.

Summary

1. Data relative to the incidence of syphilis and gonorrheal infections and the aggravation of venereal diseases conditions due to the present war emergency and the inadequacy of specific treatment up to four years ago have been submitted.

2. The influence of local socio-economic factors in the development of promiscuity and prostitution and their participation in the dissemination of venereal diseases among civilian and the military personnel.

3. Disabling costs due to venereal diseases during the past World War. Unless properly checked, the present venereal diseases threat will be augmented during and after the present world conflagration.

4. Through practical and personal experience ideas are hereby recommended, aware of the fact that knowledge and the proper understanding of the medium are needed for its readjustment, besides purely scientific knowledge.

5. Financial support, mental honesty and keen social thinking tending to understand and readjust existing conditions, are not only of tremendous importance in the advance we are committed to make on venereal disease control; but they also give us fresh courage to move forward on the many other battle fronts of human progress, where, in some manifestations, prejudice, fear and hypocrisy are always the chief forces against us.

BIBLIOGRAPHY

1—*Nelson* and *Crain*: (Syphilis-Gonorrhea and the Public Health) pp. 9 McMillan Co. - 1938, New York.

2—Public Affairs Pamphlet: No. 65 pp. 2.

3—*Parran Thomas* and *Vonderlehr R. A.*: (Plain words about V. D. 1941). Raynal and Hitchcock N. Y. - pp. 76.

4—Shadow on the Land: (Thomas Parran 1937

by the American Social Hygiene Association, N. Y. City).

5—*Young, Hugh*: (A Surgeon Autobiography). 1940 Harcourt & Brace Co., Inc., N. Y. - pp. 273.

6—*Wenger, O. C.*: Report on a Survey made about V. D. Conditions 1941 - April 1942.

7—*Koppisch, E.*: P. R. Health Bulletin. May 1939. pp. 205.

8—*Suárez, Ramón*: P. R. Health Bulletin. May 1939. pp. 195.

9—*Costa Mandry*: The Incidence of Syphilis in Puerto Rico. Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine. Dec. 1940.

CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA*

L. A. BALASQUIDE, M. D.

Ponce, P. R.

La elevada mortalidad e incidencia que aún acarrea la operación cesárea solamente podrán ser reducidas cuando se preste mayor atención e interés en el estudio, consideración y evaluación de sus contraindicaciones.

La incidencia de la operación cesárea en los hospitales de Estados Unidos se ha quintuplicado durante los últimos 25 años. En la ciudad de Chicago —uno de los centros obstétricos de mayor importancia en la nación— en el Lying In Hospital, durante el año 1915 al 16, hubo una Cesárea por cada 162 partos; mientras que en el año 1928 al 29 de cada 33 partos, uno fué atendido mediante este proceso operatorio y durante el más reciente período que comprende desde 1931 a 1934, esta operación fué practicada aún con mayor frecuencia, ascendiendo su incidencia a la alarmante cifra de uno en 18 casos.

En nuestro país —donde las estadísticas médicas son casi siempre imprecisas— es muy difícil deducir por el estudio de ellas, si esas tendencias han tenido determinante influjo en la práctica obstétrica regional. Pero si descansamos en los informes que existen sobre este asunto, podemos afirmar, que aquí como allá, la incidencia de este procedimiento quirúrgico camina en peligroso ascenso.

Creo que todos hemos de convenir en que los hospitales reciben la mayoría de los casos complicados de maternidad y que por lo tanto la incidencia operatoria registrada en ellos no constituye un índice fiel del promedio de intervenciones quirúrgicas existentes en la práctica obstétrica de la comunidad en que estos funcionan. Pero a pesar de esa verdad inconcusa, si nosotros hiciéramos aquí, como han hecho en Estados Unidos, una correlación de las cesáreas practicadas en una determinada comunidad, con el número total de nacimientos, ambos en la casa y el hospital, seguramente encontraríamos un índice alto, pues allá han encontrado que la incidencia de esta operación es alrededor de 1.5%, o sea uno en 66 partos, cifra que es dos veces mayor que aquella que prevalecía hace una centuria, aún en los hospitales de maternidad.

Las estadísticas demuestran sin lugar a dudas que la operación cesárea es como siete veces más peligrosa que el parto eutócico. En una revisión de la literatura que practicó Lull hace algunos años, en relación con la mortalidad materna en la cesárea, encontró, que de 4,975 operaciones practicadas en las ciudades de Cleveland, Brooklyn, Los Angeles y Philadelphia, hubo 315 muertes, señalando una mortalidad materna de 6.3%. Es verdad que existen otras estadísticas que demuestran una mortalidad no tan elevada, como por ejemplo, la ofrecida por Lynch, quien en un estudio sobre 12,955 cesáreas practicadas en 1930, encontró una mortalidad de 4.1%. Pero aún esa cifra, inferior a la mencionada por Lull es, sin embargo, superior al doble de la que aparece registrada en Estados Unidos para operaciones tales como histerectomías, colecistectomías, gastroenterostomías, etc.

Existe además otro fundamento de im-

* Leído como parte del Symposium de Obstetricia y Ginecología llevado a efecto durante la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico. Diciembre 12, 1942.

portancia que hay que tomar en consideración. La responsabilidad del obstetra no termina, no debe terminar, en el momento en que la paciente es dada de alta del hospital, porque al practicar una cesárea, el tocólogo convierte a su paciente en una lisiada obstétrica, ya que la cicatriz uterina es susceptible a roturas con fatales consecuencias, en futuros embarazos. La cicatriz uterina constituye una exposición mientras la mujer sea capaz de concebir, y por ese motivo ella debe considerarse como un riesgo potencial superimpuesto al riesgo inmediato de la operación.

Cuando consideramos que la incidencia de esta operación aumenta progresivamente y que la mortalidad que ella conlleva es aun demasiado elevada, se hace necesario llamar la atención hacia el hecho innegable, de que tanto su incidencia, como su mortalidad, pueden ser substancialmente reducidas, si sus contraindicaciones son cuidadosamente estudiadas, antes de hacer la decisión final en cada caso.

Por las razones que anteceden al discutir el tema, preferimos prescindir de hacer una detallada enumeración de todas y cada una de las causas clásicas que figuran como contraindicaciones de la Cesárea, exponiendo en su lugar, siete postulados, que si bien es verdad que pueden aparecer dogmáticos y arbitrarios, por la brevedad con que la limitación del tiempo nos obliga a presentarlos, no es menos cierto que resultan de incalculable utilidad para la más correcta solución de este gran problema obstétrico.

I—*Nunca recomiende la Cesárea a base de las medidas externas de la pelvis.*

Las dos medidas transversas generalmente usadas, en la pelvimetría exterior —la interespinosa e intercrestal— miden la excavación de la pelvis mayor y no tienen relación constante con los diámetros de la cavidad pélvica menor, que es la que tiene importancia en la mecánica obstétrica. En otras palabras, esas dos medidas sirven para evaluar el tipo de la pelvis, pero no permiten determinar su tamaño.

Más engañosa aún es, en la mensuración pélvica, la determinación del conjugado externo —denominado también diámetro de Baudelocque— porque se ha propagado erróneamente que esta medida tiene relación con el diámetro anteroposterior de la pelvis menor. Cuando Baudelocque originó esta medida hace 120 años, él creyó que este diámetro estaba en el mismo plano que el conjugado verdadero, y, por tanto, representaba simplemente una extensión linear de ese diámetro, anterior, a través del sínfisis pubis y posteriormente a través del sacro. Por eso aconsejó, que para hacer un estimado del conjugado verdadero, era necesario sustraer una cifra representativa del espesor del pubis y el sacro, de la dimensión del conjugado externo. Basándose en la mensura de 33 pelvis en situ, Baudelocque asignó a esa cifra, el valor de 8 cm. Estudios anatómicos de la pelvis hechos desde hace muchos años han demostrado que el conjugado externo no está situado en el mismo plano que el conjugado verdadero, lo cual desvirtúa por completo la teoría original de Baudelocque. Más importante aún es el hecho de que el espesor, tanto del sacro como del pubis, no constituye un factor constante, y que, por el contrario, ofrece las más sorprendentes variaciones. Por ejemplo: el Doctor De Lee[1] tenía en su museo obstétrico una pelvis, cuyo conjugado externo medía 18 cm., mientras que su conjugado verdadero medía 14 cm. y otra cuyo conjugado externo era de 21 cm. y sin embargo su conjugado verdadero era solo de 9.5 cm.

Como resultado de esos dos puntos de error, la cifra que debe ser sustraída del

conjugado externo para conseguir el valor del conjugado vera no es siempre de 8 cm., como enseñaba Baudelocque, sino que según ha sido comprobado por numerosos investigadores varía desde 4 hasta 13 cm., hechos que restan casi toda la importancia que antes se asignaba a este diámetro.

Por desconocimiento de esos hechos y no haber tenido en mente la realidad de esas variaciones se han practicado muchas Cesáreas, innecesariamente. A la luz de las más recientes investigaciones pelvimétricas a lo mas que puede guiarnos un acortamiento de este diámetro es a efectuar el examen pelvimétrico interior con mucho más cuidado y cautela.

El conjugado diagonal —la distancia comprendida desde el margen inferior de la sínfisis pubis, hasta el promontorio del sacro—es de mucho más valor en la mensuración pélvica, por ser más constante y más segura. Este diámetro sólo tiene el inconveniente de que su ejecución es muy molesta a la paciente. Empero, si éste se practica durante el sexto o séptimo mes, cuando las partes blandas están más elásticas, puede hacerse con relativa facilidad y muy poca molestia para la grávida. Si esta medida es mayor de 11.5 cm., el estrecho superior de la pelvis puede considerarse normal; si es menor que esta cifra, significa pequeña contracción pélvica, debiendo siempre anticiparse distocia en aquellos casos en que su mensuración resulta menor de 11 cm.

Ante una contracción definitiva así demostrada deberá practicarse siempre un estudio pelvimétrico radiológico, ya que no debe ser mucho pedir por la vida de una madre, el uso de una radiografía, cuando ésta se hace rutinariamente en todos los casos, en que se sospecha una fractura.

II.—*No recomiende la Cesárea a base simplemente de un parto prolongado.*

En el año 1887, vivía en la ciudad de Philadelphia, un coleccionista muy curioso llamado Harris, quien hizo la interesantísima recopilación de un número de casos de mujeres grávidas de los valles del oeste, que habían sido heridas en el vientre por toros bravíos, interesándoles la matriz. Harris, llamó a este singular accidente "cattle-horn cesarean section" y publicó un informe con anotación de nueve casos, en que se salvaron cinco madres.

Durante ese mismo lapso de tiempo hubo en la ciudad de Nueva York doce operaciones cesáreas, salvándose solamente una madre. Esa extraordinaria paradoja la explicaba Harris, diciendo que las madres de las selvas no estaban en el momento de sus accidentadas cesáreas, infestadas y exhaustas por la prolongación del parto y el manipuleo vaginal, como seguramente estaban aquellas que fueron operadas en los hospitales de la mencionada urbe. Tal parece que las cesáreas de éstas, aunque por accidente, fueron hechas temprano, escapando así al esfuerzo, el agotamiento y la infección que sin duda sufrieron sus hermanas de la ciudad, en quienes la operación fué practicada como último recurso.

La decisión tardía en la cesárea es una de las causas fundamentales de su alta mortalidad. Con cada hora que pasa, el peligro de este procedimiento aumenta considerablemente. No debe olvidarse que la causa más común de la prolongación del parto, no es la contracción pélvica, sino la inercia uterina y que la inercia uterina no es una indicación para la cesárea. Todos debemos recordar siempre que el factor único más importante en el parto es el factor tiempo y que el tiempo soluciona siempre la mayoría de los casos de inercia.

III.—*Nunca recomiende Cesárea a base de fibromiomas uterinos a menos que uno esté actualmente obstruyendo la pelvis al comienzo del parto.*

Aunque bien es verdad que los fibromas uterinos producen ocasionalmente el aborto; son responsables de la inercia algunas veces y en otras predisponen a la infección puerperal; no es menos cierto que es muy raro que ellos sean responsables de una distocia mecánica. Aún en aquellos casos en que un fibroma parece obstruir el canal pélvico al comienzo del embarazo, es prudente recordar que generalmente existe la tendencia de este a auparse fuera de la excavación pélvica, según progresa el crecimiento de la matriz, en la evolución del embarazo.

Los quistes ováricos, sin embargo, ofrecen mayores dificultades porque frecuentemente se tuercionan sus pedículos, ocasionalmente, obstruyen, al prolapsarse, el canal pélvico y no es raro que se necroticen durante el puerperio como resultado de la isquemia pélvica general.

En resumen, puede decirse que la presencia de fibromiomas en la matriz constituye solo en raras ocasiones, una indicación para la cesárea, por la razón de que es casi excepcional que su presencia conduzca a la distocia; y que a pesar de que los quistes ováricos son una causa más frecuente de dificultad, esa complicación resulta mejor atendida removiendo el tumor tan pronto se establece el diagnóstico, sin esperar pacientemente a que el embarazo llegue a término para luego hacer la cesárea.

IV.—*Si una mujer ha sido operada previamente de Cesárea debe hospitalizarse para dar a luz.*

La exacta evaluación de la integridad de la cicatriz uterina en partos subsiguientes a la operación original constituye uno de los problemas más difíciles con que se confronta el obstetra. Si la indicación de la previa cesárea persiste, como en los casos de contracción absoluta de la pelvis, la solución es clara y fácil, porque la indicación continúa siendo absoluta. Pero si la operación original fué practicada por cualquier otro motivo —como en un caso que atendimos, hace unos meses, en que ésta había sido motivada por una fístula vesico-vaginal de reciente curación— entonces el problema surge con toda su magnitud, porque el mejor procedimiento de asistencia dependerá única y exclusivamente de la evaluación que se haga de la integridad de la cicatriz.

La frecuencia con que esta cicatriz rompe ha sido calculada entre un 5 y un 10%. Se sabe que la cicatriz puede romper en el embarazo actual, a pesar de haber perdurado en uno o más partos normales, durante el transcurso de la operación original al embarazo actual. Por eso no debe tenerse confianza absoluta en la cicatriz post-cesárea, no importa lo bien que esta se haya comportado en anteriores partos.

Es verdad que en la mayoría de estas operadas la ejecución de otra cesárea es lo más aconsejable, pero existen ciertas consideraciones que si se estudian y se valoran concienzudamente pueden guiarnos a una más científica y menos rutinaria y peligrosa solución de estos casos.

Si el puerperio de la operación original es afebril y si la herida de la piel une por primera intención, es lógico pensar que la herida uterina en ese caso cierre asépticamente, efectuándose así una unión fuerte y duradera. En esas circunstancias, si el tamaño del feto no es excesivo y no coexisten condiciones que causen distensión anormal de la musculatura uterina (hidramnios) el parto por las vías natura-

les resulta siempre mucho más aconsejable por ser más inocuo.

De todos modos este grupo de parturientas componen un problema muy complicado, de implicaciones serias y graves y lo mejor que podemos hacer por ellas en la actualidad es conseguir su hospitalización inmediata al comienzo del parto para tenerlas bajo una experta supervisión obstétrica, antes de tomar la decisión final.

V.—*Si una embarazada tiene hemorragia sin dolor durante el último trimestre, no haga examen vaginal, ni practique taponamiento, hospitalícela inmediatamente.*

Es ya casi un aforismo obstétrico que las etapas más serias de placenta previa son mucho más favorablemente tratadas a través de la operación cesárea, que con cualquier otro procedimiento. Esto es absolutamente cierto en cuanto se refiere a casos no contaminados. Pero si la paciente ha sido infestada por medio de tactos vaginales o taponamientos, el peligro que entonces conlleva la operación crece tanto, que preferible es en esas circunstancias, acudir a otros recursos terapéuticos. Se ha dicho repetidas veces por autoridades en esta materia, que resulta mucho menos arriesgado llevar una parturienta al hospital en hemorragia, que llevarla contaminada; porque una transfusión remedia rápidamente la primera condición, mientras que contra la infección —a pesar de los recientes triunfos de la quimioterapia— frecuentemente no se logra remedio. Además tenemos que convenir que el tacto vaginal en placenta previa casi siempre provoca grandes hemorragias y por este motivo adicional, el examen vaginal solo debe practicarse allí donde se cuente con la preparación suficiente para poder encararse a cualquier eventualidad.

VI.—*Nunca recomiende Cesárea en eclampsia.*

Cuenta el doctor Eastman[2] que en la China, donde trabajó por algunos años, tuvo la oportunidad de observar casos de eclampsia, cuyos familiares, por circunstancias especiales, rehusaban para sus enfermas toda forma de tratamiento. Esas parturientas yacían durante el parto virtualmente intocadas. Agrega que las vió permanecer en coma por días y días, sufriendo innumerables convulsiones, dando a luz finalmente, después de varias horas de estar coronando la cabeza. Y añade que le sorprendió el hecho de que esas mujeres recobraban casi todas la salud.

Es necesario declarar que el que esta narración nos hace, no es un turista entusiasmado, ni un literato imaginativo, sinó que se trata de un reconocido hombre de ciencias, de un tocólogo ilustre, quien desempeña actualmente la jefatura del servicio de obstetricia del Hospital de Johns Hopkins.

Al hacer la interesante cita de estos hechos no debe interpretarse que la hacemos, como tampoco lo hizo Eastman, con la idea de recomendar el "policy" del nihilismo terapéutico en el tratamiento de la eclampsia, sino que meramente nos ha guiado el propósito de llamar la atención de que esta enfermedad, como muchas otras, demuestra una marcada tendencia a la curación espontánea.

Es harto conocido que estas enfermas toleran pobremente todo género de estimulación; que la introducción del tubo de lavaje gástrico produce frecuentemente convulsiones y que así acontece también con la sangría y los demás procedimientos generalmente recomendados. La experiencia demuestra que estas pacientes lo pasan mejor si no se les maltrata con el trauma operatorio. Las estadísticas señalan

que la Cesárea tiene un 25% de mortalidad en las eclámpticas. La verdad es que aún en la actualidad, el humilde y sencillo método de Stroganoff[3], clásico o modificado, continúa siendo el mejor y más eficaz medio con que contamos para encararnos a esta incomprendida toxemia materna, pues las estadísticas por él informadas en 1909 de 6.6% de mortalidad permanecen, después de casi dos décadas, como las más halagadoras de cuantas han aparecido en los anales del extenso acopio científico que existe sobre esta materia.

VII.—*En los casos de desproporción céfalo-pélvica, no absoluta, nunca recomiende la Cesárea sin hacer antes un ensayo razonable.*

Establecer un pronóstico exacto es de lo más difícil y delicado que existe en la práctica obstétrica. Eso se hace además escabroso e incierto cuando se trata de casos de desproporción céfalo-pélvica, que no es absoluta. Esa dificultad e incertidumbre nacen fundamentalmente de que para establecer un pronóstico en esta clase de casos, se incurre siempre en una falta esencial de lógica, porque se levanta una conclusión sobre una base desconocida y variable, ya que nadie puede predecir con exactitud el comportamiento de la matriz, en el ritmo y eficacia de sus contracciones, ni mucho menos calcular las posibilidades inherentes al poder moldeador del polo cefálico.

Refiriéndose a este interesante problema el doctor Cosgrove[4] ha dicho recientemente: "We do not believe that absolute accuracy of prognosis is within the competence of any man", substanciando esa afirmación al proclamar valientemente que en su servicio del Margaret Hague —que es uno de los más eficientes y mejor organizados de cuantos hay en Estados Unidos— tienen un 20% de error en la determinación del pronóstico en este tipo de casos.

La mayor parte de los errores cometidos por su staff, pueden concretarse, según Cosgrove[5] en dos grandes grupos: Uno que incluye aquellos casos, cuyo estudio hacía perfilar un buen pronóstico y de los cuales algunos no pudieron resolverse por las vías naturales; y el otro, que consiste en una serie, en que a la inversa, se temía un mal desenlace y no obstante algunos de ellos terminaron como partos espontáneos.

Por las observaciones expuestas y de acuerdo con los conocimientos que en el momento actual poseemos sobre esta materia, creemos que el no defender a las parturientas que componen el primer grupo, del agotamiento y la infección y catalogar dogmáticamente aquellas que componen el segundo en la categoría de cesáreas electivas es carecer de juicio tocológico, que puede conducir a los más grandes desaciertos.

Hemos tratado de fijar con precisión la trascendencia que tiene el estudio y evaluación de las contraindicaciones de la operación cesárea, y es por eso que exhortamos a cuantos compañeros la practiquen a la meditación seria y cuidadosa de sus contraindicaciones antes de hacer la decisión final de cada caso.

BIBLIOGRAFIA

1—*De Lee*: Principles and Practice of Obstetrics (7th ed.) Página 272.

2—*Eastman*: Proceedings Interstate Post-Graduate Med. Ass. 1939 Pág. 138.

3—*Stroganoff*: citado por De Lee, Prac. of Obstetrics, Pág. 414.

4—*Cosgrave*: Jour. Am. Med. Ass. 118:202, 1942.

5—*Cosgrave*: Jour. Am. Med. Ass. 118:202, 1942.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE TUBERCULOSIS GENITAL*

WILLIAM R. GELPI, M. D.

Ponce, P. R.

El tema ginecológico escogido por el Comité de Ginecología y Obstetricia para discutir en mesa redonda esta tarde, reviste un interés extraordinario para todos en Puerto Rico. Las estadísticas de mortalidad recopiladas en Puerto Rico revelan que durante el período comprendido entre los años 1939 y 1942, la tuberculosis ocasionó en todas sus modalidades un promedio aproximado de 4,770 muertes anuales.

La tuberculosis constituye la causa de muerte predominante en los adultos en Puerto Rico y puede asegurarse que un índice tan alto de mortalidad no es sinó el resultante de un índice de morbilidad extremadamente exagerado, calculándose en no menos de 50,000 los casos activos actualmente.

Estos hechos nos inclinan a pensar que la tuberculosis genital es más frecuente de lo que hasta ahora creemos.

La gran dificultad con que en la actualidad nos encaramos para establecer un diagnóstico clínico firme de Tuberculosis Genital explica el gran número de casos que no se diagnostican.

La variedad de opiniones con respecto a la frecuencia de la enfermedad se justifica por la carencia de medios fáciles para establecer diagnósticos pre-operatorios definitivos. Aún más, en los casos explorados el diagnóstico macroscópico confronta dificultades insuperables. Informan las autoridades que en un 2% de las autopsias se encuentra evidencia de tuberculosis genital; y que en las necropsias de tuberculosis confirmados se encuentran lesiones genitales en un 10%.

Es lógico pues que en la discusión de un tema como el que nos ocupa, concedamos a las estadísticas locales de mortalidad y morbilidad el valor indiscutible que ellas merecen.

Si ocurren en Puerto Rico cerca de 2,095 defunciones al mes y no menos de 398 son motivadas por la tuberculosis, entonces cerca de 19% de las muertes son producidas por ésta.

Según comprueban los informes de estadísticas que anteceden, en Puerto Rico no menos de 39 personas mueren mensualmente con tuberculosis genital. Por consiguiente tenemos material abundante que justifique un análisis crítico de esta entidad patológica para que estemos alertas y conscientes de ella.

La enfermedad se origina en dos formas:

1.—La forma ascendente o primaria, sin evidencia de la presencia de tuberculosis en ninguna otra parte del cuerpo. Esta forma es muy rara y difícil de comprobar.

2.—La forma descendente, endógena o secundaria a otros focos tuberculosos en el organismo.

La tuberculosis genital primaria es tan rara que muchas autoridades dudaron de su existencia hasta la comprobación post-

* Leído como parte del Symposium de Obstetricia y Ginecología llevado a efecto durante la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico. Diciembre 12, 1942.

morten de varios casos. Se reconocen cuatro avenidas de acceso, a saber:

1.—Infección directa de afuera hacia dentro ocasionada por instrumentación o semen contaminado.
2.—Extensión directa de focos adyacentes, tales como el intestino, peritoneo y trayecto urinario.
3.—Extensión de la infección por la vía linfática desde un foco cercano.
4.—Extensión de la infección por la vía sanguínea desde un foco distante.

La frecuencia de 3% de la epididimitis tuberculosa en los varones, hace esperar la posibilidad de infecciones genitales primarias en las mujeres. Sin embargo, los informes revelan que raras veces se encuentra tuberculosis genital en mujeres que tienen contacto con varones afectados de tuberculosis genito-urinaria.

El epitelio escamoso vaginal ofrece tal protección a la simple implantación de bacilos virulentos de tuberculosis que se requiere algo más que la simple deposición de los bacilos mismos. Experimentos realizados sobre esta materia demuestran:

1.—Que el bacilo de tuberculosis depositado en la vagina raras veces produce lesiones locales tuberculosas.
2.—Que la ruptura de la continuidad de la superficie de la mucosa vaginal predispone a las lesiones tuberculosas.
3.—Que las afecciones de origen químico o de origen bacteriológico predisponen a las lesiones tuberculosas al implantarse los bacilos en los tejidos.
4.—Que la preñez y el puerperio, particularmente el último, predisponen a la infección con bacilos de tuberculosis.
5.—Que cuando la infección ocurre, ésta puede ser de carácter local o general.
6.—Que las lesiones pueden ser distantes al sitio de la implantación sin encontrarse lesiones locales.
7.—Que las avenidas de infección parecen ser por vía de los linfáticos.
8.—Que la infección local ocurre sólo en la minoría de los casos.
9.—Que los animales jóvenes están más predispuestos que los viejos.
10.—Que el por ciento de infección aumenta si la implantación es intrauterina.

Estos experimentos nos llevan a la conclusión ineludible de que las infecciones genitales primarias con bacilos de tuberculosis, aunque raras, son posibles y deben prevenirse.

Las causas predisponentes a la tuberculosis genital son:

1.—La hipoplasia.
2.—La congestión de la preñez.
3.—El trauma del parto o del aborto.
4.—La edad.

Cualesquiera de los órganos genitales femeninos puede ser afectado por la tuberculosis. Los tubos son los más susceptibles a la infección y le siguen en orden de frecuencia, el útero, los ovarios, la vagina y por último la vulva.

Tuberculosis de la Genitalia y la Vagina

La tuberculosis de la genitalia externa es la más rara. La de la vagina es muy poco frecuente. En cerca de un 80% de estos casos la infección es secundaria a la contaminación desde el cuello, el útero o los tubos. Se ha comprobado que un 66% de los casos de tuberculosis de la genitalia externa y de la vagina son motivados

por focos distantes. Las lesiones son análogas a las de la tuberculosis de la piel modificadas en su aspecto por la humedad, el calor, la fricción, la presión y secreción propia de la localidad. Estas lesiones pueden ser ulcerativas papilares o hipertróficas y éstas últimas degeneran luego en úlceras. Son de carácter insidioso crónico y cicatrizan para ulcerar de nuevo con formación de tejido conectivo, confundiéndose con infecciones venéreas, especialmente úlceras sifilíticas y con el cáncer en los pacientes que han pasado de la edad mediana. El cáncer es más frecuente en la presencia de tuberculosis genital y ambas pueden co-existir al igual que la sífilis. El diagnóstico se hace exclusivamente a base de estudios histológicos y sólo la presencia de otros focos de tuberculosis pueden conducir a la sospecha de esta enfermedad en los órganos genitales.

Tuberculosis del Cuello Uterino

El primer caso de tuberculosis del cuello uterino fué reportado en 1831. Este fué confundido con cáncer no obstante la desproporción de su incidencia que es de un caso de tuberculosis cervical por 180 casos de cáncer del cuello.

Se caracteriza esta afección por la presencia de flujo abundante provocado por estimulación de las glándulas secretorias del cuello, flujo que adquiere una fetidez característica debido a la necrosis del tejido. Co-existe también metrorragia por trauma y ulceración. Las formas miliaria e insterticial de la tuberculosis del cuello uterino raras veces vienen acompañadas de metrorragia, debido a la poca oportunidad para la ulceración del cuello. Raras veces se manifiesta dolor debido a la ausencia de fibras sensorias en el cuello uterino. Hay cuatro modalidades de tuberculosis del cuello uterino, a saber:

1.—Ulcerativa
2.—Papilar
3.—Miliar
4.—Intersticial o intra mural.

El diagnóstico no puede hacerse sin la ayuda del laboratorio o por confirmación mediante inoculación.

El error más corriente consiste en confundir la tuberculosis del cuello uterino con el cáncer.

Tuberculosis del Utero

Del 35 al 50% de los casos de tuberculosis genital se desarrollan en el útero propio evolucionando como endometritis, miometritis o perimetritis, combinándose especialmente las dos primeras. La perimetritis y metritis van siempre asociadas a la tuberculosis del endometrio o de las adnexas. Las lesiones de las adnexas por lo general obscurecen el cuadro de las lesiones del útero. La metritis tuberculosa va acompañada de fiebre, dismenorrea, metrorragia y otros desórdenes menstruales.

Las lesiones distantes si bien es verdad que a veces ofuscan, una vez analizadas a la luz del examen físico y de la historia, dirigen mejor al clínico a enfocar el diagnóstico hacia la tuberculosis genital.

Tuberculosis de los Tubos y los Ovarios

Los tubos de los órganos genitales son los más frecuentemente afectados por la tuberculosis, siendo las lesiones por lo general bilaterales. La tuberculosis constituye del 5 al 10% de las lesiones inflamatorias de los tubos. En la presencia de tuberculosis genital del 85 al 95% de los casos tienen afectados los tubos.

En las infecciones de origen hemotóxico, la mucosa del tubo es la primera en afectarse extendiéndose luego la infección a

sus paredes. Cuando la infección es secundaria al transcurso de una peritonitis tuberculosa las paredes del tubo son entonces afectadas primero. El diagnóstico macroscópico es difícil de establecer a menos que se observen tubérculos en la superficie de las trompas.

La peritonitis, peri-apendicitis, adherencias y abscesos tubo-ováricos son acompañantes frecuentes.

La tuberculosis de las adnexas raras veces ocurre después de establecida la menopausia. No existe inmunización en los niños. La virginidad y las inflamaciones pélvicas en ambos extremos de la vida predisponen a la enfermedad. Ningún síntoma es característico. Sin embargo la evidencia de tuberculosis en otras partes del cuerpo es sugestiva, el carácter crónico, la resistencia a tratamiento paliativo, el carácter bilateral y la tendencia a tuberculosis generalizada acompañada con ascitis, conducen a la sospecha de la enfermedad.

La salpingitis en las vírgenes es frecuentemente tuberculosa. Las exacerbaciones agudas ceden lentamente para reaparecer de nuevo durante los periodos.

Un diagnóstico positivo no puede hacerse sin la ayuda del laboratorio y un diagnóstico tentativo puede ampararse en la evidencia clínica y en la historia. Si coexiste endometritis tuberculosa pueden hallarse bacilos en el flujo vaginal cuidándose de no confundirlos con el bacilo de smegma.

En resumen hay varios puntos a considerar en el diagnóstico diferencial de los procesos pélvicos inflamatorios de origen tuberculoso, gonocóccico y estreptocóccico. La historia, la evidencia de la presencia de otros focos tuberculosos con su cuadro acompañante nos pone en guardia. Además el carácter insidioso de la enfermedad, la historia de desórdenes menstruales con dolor muy escaso, y de existir es frecuentemente bilateral, nos conducen a la sospecha de una infección tuberculosa descendente. El cuello por lo general es normal. La presencia de ascitis con tumefacción bilateral en el bajo vientre, variación muy pequeña en los leucocitos, la resistencia a tratamientos paliativos y el carácter crónico con alternativas de mejorías y agravamiento conducen a un diagnóstico tentativo de tuberculosis genital que frecuentemente termina al final de una semana o un mes con el desarrollo de peritonitis tuberculosa generalizada.

Hechas las anotaciones que anteceden, que no son sino una ligera revisión del consenso de los grandes investigadores de esta materia; sólo me resta exhortar a mis compañeros a un más cuidadoso estudio e investigación del abundante material clínico de esta índole existente en nuestro país, a fin de que en el futuro, surjan aportaciones de verdadero sabor científico sobre esta materia, hasta ahora casi totalmente olvidada en Puerto Rico.

MODERNAS ORIENTACIONES EN LA PRACTICA MEDICA*

M. DE LA PILA IGLESIAS, M. D.

Ponce, P. R.

Dignísimas autoridades del Instituto Politécnico de San Germán, Futuros Colegas, señoras y señores:

Permitidme que la primera palabra que mis labios pronuncien sea de gratitud para este Círculo de Pre-médica, por el honor que me habéis conferido de ocupar vuestra atención en esta noche.

Aunque a nadie es grato mostrar en público flaquezas propias, sin dotes oratorias y sin práctica de conferencista, me atrevo a levantar mi voz en este recinto acatando vuestros deseos, solamente porque siento el amparo de estas paredes acogedoras y presiento la samaritana bondad de vuestros corazones.

Por otra parte, la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico que inmerecidamente y por azar ostento, impone sobre mi la obligación honrosa y placentera de ofreceros oficialmente su concurso y de manifestaros cuan orgullosa y satisfecha se siente nuestra Asociación ante este gesto cultural revelador de vuestro serio y fecundo interés por los asuntos médicos.

Situados vosotros en el vestíbulo del hogar médico os imagino inquietos tratando de adivinar lo que a vuestros ojos oculta la sólida puerta que cierra su umbral.

Por mi parte, como viejo morador de esa casona médica que en los largos y copiosos años de mi vivir profesional he recorrido paso a paso por todos sus rincones, trataré de calmar en las medidas de mi modesta fuerza esas naturales exigencias de vuestro cultivado espíritu tendentes a conocer cual es el interior, cual es el ambiente de lo que va a ser perpetuo albergue de vuestra vida futura. Por tal motivo escogí el tema "MODERNAS ORIENTACIONES EN LA PRACTICA MEDICA", porque entendía que vosotros, en la mañana de la vida, naturalmente estaríais ansiosos de conocer cual sería el sol que ha de alumbrar el mediodía de vuestra existencia, las tardes serias de vuestros años maduros y el crepúsculo de vuestra senectud.

Charlaremos juntos sobre esta materia, sencilla y llanamente como camaradas, como estudiantes que somos ambos, Uds. en su edad, yo en la mía, pues la medicina exige a todos diario y laborioso estudio.

Sospecho que la primera pregunta que desearíais ver contestada es la relativa a la clasificación de la medicina entre las demás disciplinas del saber, es decir, ¿La medicina es ciencia o es arte?

Es lógico que os intriguéis por ello, no por simple significación de vocablos, sino porque arte o ciencia aparejan distintas actitudes del espíritu en quienes a ello van a dedicarse.

Además en el bagaje de vuestra erudición a menudo encontraréis las frases "la ciencia médica", "el arte de curar" y os diréis, en qué quedamos ¿es ciencia o arte la medicina?

Pues bien, esa pregunta ha originado en el curso de los años un litigio enardecido entre los defensores del criterio exclusivista de arte o ciencia aplicable a la medicina, litigio que no ha terminado todavía y que difícilmente acabará porque ciencia y

* Conferencia dictada ante el Círculo de Premédicos del Instituto Politécnico de San Germán el día 16 de abril de 1943.

arte, aún considerados en general, son conceptos que no se dejan a veces cómodamente definir.

Colocándonos en el terreno de la realidad hay que convenir que actualmente la medicina es ambas cosas, ciencia y arte en maridaje indisoluble.

ES ARTE, cuando el médico ejerce ese don creador, la Intuición, característico del talento y merced a él establece un diagnóstico y descubre enfermedades a través de una sintomatología velada incompleta o ausente, con la misma certeza que cuando los síntomas son claros, exactos y patognomónicos.

ES ARTE, cuando el médico con la fineza y elegancia de su razonamiento sienta un diagnóstico, y cuando realiza un acto operatorio con ese acabado magistral patrimonio exclusivo de los genios.

ES ARTE, cuando el médico actúa en el terreno más genuino de la medicina; en la clínica frente a la realidad del enfermo arrancado del libro, haciendo en el lecho de un modo característico y peculiar su propia enfermedad y con todo su tacto, con toda su habilidad psicológica, con todo su sentido clínico aborda el problema del enfermo, no solo en el diagnóstico, sinó en toda la amplitud que le corresponde.

A este propósito decía Dieulafoy en una de sus lecciones inaugurales con su singular maestría lo que voy a copiar: "que una vez reconocida la enfermedad no es esto todo, se requiere algo más, hay que averiguar cómo evolucionará esa enfermedad, aquí es donde más se acentúa el papel del médico, en este caso es cuando es necesario ser atento, sagaz y experimentado. Tenéis la vida de un hombre en vuestras manos. ¿En qué fundaréis vuestros medios de acción? Si no tenéis la experiencia que solo se adquiere por el hábito de ver enfermos y la observación asidua e incesante de estos, si no sois aptos para conocer las variaciones que pueda haber de un momento a otro, si no sois hábiles para descubrir las diferencias ligerísimas a veces que anuncian la suspensión del mal o que hacen presagiar la tempestad, si no estáis prontos a obrar con energía a la señal deseada, si no sabéis dirigir las fuerzas de vuestro enfermo, si en el deseo de hacer bien traspasáis los límites de vida, si agotáis el corazón que queréis fortificar, si extenuáis el riñón con pretexto de activar sus funciones, en una palabra, si vuestra educación médica no os permite sentir la influencia secreta que es como el testimonio íntimo del deber médico cumplido, seréis buenos químicos, buenos fisiólogos, excelentes bacteriólogos... pero no seréis médicos."

ES ARTE, diremos nosotros, cuando el médico merced al sutil resorte de su psicología exquisita logra deslizarse insospechado dentro del mundo interior del paciente, recorre su corazón, pulsa su carácter, avalora su inteligencia y descubre los factores de razón o sentimentales que lo intranquilizan, preocupan o angustian y despejada la incógnita moral o afectiva de su complejo de dolor encuentra no sólo el sólido argumento capaz de convencerle o curarle, sino que también encuentra el adecuado gesto, el persuasivo ademán, la ajustada prosodia, el torrente de palabras martilladoras o la elocuencia del silencio meditador, todo de manera más oportuna e impresionante para permitirle alcanzar ese fin supremo del médico: restituir la salud de los enfermos.

ES ARTE, con la expresión estética más emotiva de nuestra profesión, cuando contemplamos al hombre no anatómica o biológicamente, al *Homo naturalis,* con su regulación teleoklina, sino que lo estudiamos o consideramos como el *hombre esencia,* con su altruismo, su prudencia, su sacrificio, sus honores, su dignidad, sus vicios,

su ingenio, sus esperanzas y decepciones; es decir, al hombre en sus factores espirituales imponderables, a ese hombre proyectado fuera de sus límites anatómicos y fisiológicos por la potencialidad de su fuerza afectiva, moral y mental, tratando *de querer ser un microcosmo* como dice el Fausto de Goethe.

Hasta hace poco más de cien años la medicina era eso solo: era un arte. Más desde la introducción por aquella época de la experimentación nació dentro de la medicina de una manera indubitable, la era científica.

La medicina ES CIENCIA, cuando establece leyes rigurosamente ciertas que pueden traducirse en lenguaje matemático.

ES CIENCIA: cuando utiliza la demostración para evidenciar la verdad de los hechos.

ES CIENCIA: cuando desconfía de la hipótesis y se atiene a la experimentación.

ES CIENCIA: cuando establece una doctrina metódica y ordenada que permite un conocimiento total, sistemático, verdadero y cierto de los fenómenos.

ES CIENCIA: cuando habla con precisión, cuando mide, cuando calcula.

En la práctica diaria contemplaréis todavía reminiscencias de esa lucha entre la medicina ciencia y la medicina arte, en las disputas frecuentes entre la clínica y el laboratorio. Dos inclinaciones extremadas y erróneas se perfilan muchas veces en la práctica médica entre los dictadores del laboratorio y los bohemios de la clínica. Ambos tienen razón parcialmente, en sus peculiares terrenos, pero ninguno la tiene en su totalidad. A este respecto voy a referiros una anécdota de nuestra historia regional médica atribuída al Dr. Coll y Toste que resulta muy ilustrativa.

"Se trataba de un caso que clínicamente podía diagnosticarse con facilidad de malaria y en el cual el laboratorio rindió el informe *"negativo para malaria."* El compañero, joven instruidísimo que había hecho el diagnóstico microscópico, con toda la vehemencia de sus años mozos, manifestaba al Dr. Coll y Toste que había recorrido cuidadosamente por cerca de una hora en la platina del microscopio la gota de sangre extraída al paciente, sin hallar la más ligera sospecha de la existencia del parásito en el campo examinado. A lo cual contestó el viejo y experimentado médico: "Bien compañero, Ud. tiene toda la razón en cuanto a que en esa gota examinada no existía parásito alguno, pero en las otras gotas de sangre que Ud. dejó en la circulación del enfermo, podría Ud. también afirmar que no existe el parásito arrinconado o escondido en la circulación profunda del bazo, del hígado o del cerebro?"

Este ejemplo nos muestra como el arte y la ciencia se entrelazan en la existencia de la medicina.

Ahora bien, a medida que transcurren los años, la medicina es y será cada vez más ciencia, la medicina vive de prestado de los otros conocimientos humanos y a medida que ellos progresan, progresa también nuestra medicina. Pensad cómo le hubiera sido posible a la medicina descubrir los microbios sin que antes la física con Leuwenhok descubriera el microscopio. Pensad en la ignorancia que nos encontraríamos actualmente si la física también, no hubiese despejado la incógnita de los Rayos X, dándole en el año 1916 a la memorable X, el valor de una vibración de longitud de onda equivalente al espacio intermolecular del cloruro sódico cristalizado.

Considerad cuántos pacientes, continuaríamos perdiendo ante la ferocidad de la familia microbina de los *coccos*, si no hubiera descubierto Domagk, recientemente, esa serie de compuestos a los que tan acer-

tadamente denominó sulfa-milagros, por la espectacular forma en que curan.

En este terreno pues, para vuestro gobierno, tened entendido que hoy por hoy la medicina es ciencia y la medicina es arte, pero que el factor ciencia va de día en día ganando terreno en el concepto médico, la medicina sólo espera que aparezca un genio que pueda realizar la síntesis del inconmensurable análisis llevado a cabo hasta ahora y deducir entonces los principios y las leyes generales, rigurosas y exactas que regirán científicamente toda la medicina. Así pues, al dedicaros a la medicina, se requerirá por vuestra parte ansias de ciencia en vuestra inteligencia y temple de artista en vuestros corazones. Vuestro éxito quedará plenamente asegurado el día que en vuestra práctica encontréis el sitio de vuestras aptitudes, donde está el resorte que engrana estos dos factores trayéndoos así el sosiego espiritual en el aspecto doctrinal de vuestra carrera.

No os conformaréis con haber dejado establecido que nuestra profesión es arte y ciencia, desearéis algo más, desearéis conocer la medicina en todos sus aspectos y por eso preguntaréis de nuevo, ¿qué es la medicina?

La definición de la medicina dada en ese monumento de la literatura médica, en el Diccionario Médico de Littre, dice así: "Arte que tiene por objeto la conservación de la salud y la curación de las enfermedades y que descansa sobre la ciencia de las enfermedades o sea la patología". Esa definición escrita hace cerca de cien años, es demostrativa del genio de su autor y como dice Rist, significa *ver muy lejos y muy alto.*

Notaréis por esa definición que el primer fin de la medicina es la conservación de la salud, la prevención de la enfermedad. La medicina no queda limitada a curar la enfermedad, es decir, a la medicina terapéutica. Modernamente, la medicina se consagra principalmente a evitar las enfermedades.

Esa es la medicina que vosotros encontraréis en el devenir de los años, la medicina higiénica, la medicina profiláctica. Podemos afirmar, sin paradojas, que en la hora actual, se previenen muchas más enfermedades que las que se curan. Es del dominio vulgar como las vacunaciones preventivas han hecho desaparecer la fiebre tifoidea de los ejércitos beligerantes; la seroterapia profiláctica el tétano; la vacunación Pasteuriana la rabia y como se logró el control de las grandes pandemias de la antigüedad, la fiebre amarilla, la peste bubónica, que realizaban mortíferas visitas periódicamente.

Permitidme que al eflorar este campo de la medicina, incidentalmente aproveche la oportunidad para rendir a aquel genio inmenso de Pasteur, que hizo inmortal e imperecedera la Francia ante el mundo civilizado, el tributo de reconocimiento que merece quien descubrió, para progreso inigualable de la medicina y para bien inmenso de la humanidad, el microbio.

Esta profilaxia a que nos referimos anteriormente, no es sólo responsabilidad individual del médico, sino colectiva y general de los poderes públicos.

Estas conquistas modernas en la disminución considerable de la mortalidad y morbilidad, nos hace tan habituados a esas victorias, que las consideramos casi como naturales y hemos olvidado bien pronto como era aterradora la mortalidad infantil, como la puerperal acababa con las madres, como la tuberculosis constituía el fantasma de las familias, como las enfermedades venéreas no podían ni ser enunciadas, como los insectos campeaban libremente trasmitiendo las enfermedades.

Al convertirse la medicina en el arte de prevenir, ha adquirido mayor trascenden-

cia y mayor amplitud interviniendo de múltiples maneras en la vida de los pueblos, en su legislación, en su administración, en sus escuelas.

Hay más todavía; aquella definición, aunque no deja de ser precisa, no abarca todo lo que hoy se le pide a la medicina. El papel del médico en las compañías de seguro de vida, en las juntas del Servicio Selectivo, en los comités de inmigración, en los reconocimientos a los aspirantes a chauffeur, maquinistas o solicitantes de las diversas profesiones, en los llamados exámenes físicos para certificaciones de aptitudes corporales o funcionales del aspirante, no se trata de cuestiones de profilaxia, ni de higiene, sinó de otro aspecto de la medicina; *de rendimiento, de capacidad y de utilidad humana,* algo que pudiéramos decir de aspecto social económico, del hombre.

El médico ante los tribunales de justicia, interpretando los hechos (envenenamientos, suicidios, etc.) y en el derecho civil interpretando la validez de los testamentos; el estado mental del litigante, actúa sobre hechos que tienen una relación muy lejana con la conservación y el alivio de las enfermedades.

¿Por qué la sociedad pide al médico todo esto?

Porque reconoce en él al profesional que entre todos, tiene un conocimiento más profundo del hombre en su estructura, en sus funciones, en su valor físico y psíquico, pudiendo fijar su capacidad intelectual y desenmarañando los móviles secretos de sus actos, atribuir o negar al hombre la responsabilidad de los mismos. Esa es la medicina del futuro, la ciencia del conocimiento *del hombre total* equivalente a la *Antropología* en el sentido que Kant usaba esta palabra.

Quizás una incrédula sonrisa arquee veladamente los labios de algún economista magistrado o legislador, que me escuche, al asignar este papel en la medicina, pero el progreso de la evolución social es incontenible.

Consideremos ahora las orientaciones de nuestra profesión en los aspectos, educativo, económico, moral y cultural.

Educación Médica:

La educación médica resulta cada día más exigente. La selección impuesta es cada vez más estricta. A este respecto paréceme que deberíamos laborar todos porque nuestra premédica en Puerto Rico tenga el patrón elevado igual o superior al obtenible en los Estados Unidos y así nuestros estudiantes no tendrán dificultades para ser aceptados en los colegios del continente. Entrando de lleno en la carrera médica os diré que las asignaturas que hoy se necesitan cultivar para adquirir el grado de doctor en medicina, constituyen un esfuerzo mental considerable hasta el punto que algún espíritu chispeante ha dicho que si el estudiante en medicina pesara la materialidad de los libros que tiene que manejar durante sus estudios, encontraría que su peso era superior a las fuerzas físicas de sus músculos para sostenerlos.

Como ejemplo os enumero a continuación las materias objeto de instrucción en el Colegio de Medicina de Jefferson.

Anatomía; Neuro-Anatomía; Anatomía Aplicada; Embriología; Histología; Química Fisiológica y Patológica; Fisiología; Bacteriología; Parasitología; Laboratorio Clínico; Psicobiología; Patología; Neuro-Patología; Farmacia; Farmacología; Terapéutica Clínica; Diagnóstico Físico; Hipropedéutica; Medicina; Cirugía; Psicología Médica; Obstetricia; Ginecología; Pediatría; Dermatología; Urología; Cirugía Ortopédica; Otología; Oftalmología; La-

ringología; Broncoscopía; Terapéutica Física; Roentgenología; Higiene y Medicina Preventiva; Profilaxia; Arte de recetar; Ciencia Militar; Historia de la Medicina.

Es de notar que a pesar del ardiente entusiasmo y sólida preparación en los solicitantes constituye un verdadero martirio conseguir entrada en las Universidades. Con ser muchas las Facultades de Medicina en Estados Unidos y ser amplia también la capacidad escolar de todas ellas, quedan muy por debajo del número de aspirantes, siendo verdaderamente sorprendente la cantidad de solicitudes denegadas.

Quizás os sea de alguna utilidad para la próxima elección de vuestro Colegio de Medicina esta lista de Universidades que os ofrezco con sus características.

No puedo proporcionar como eran mis deseos la relación de Universidades médicas extranjeras reconocidas por la Junta Examinadora de Puerto Rico por haber sido suprimidas en razón de la situación actual creada por la Guerra Mundial. Respecto a las reciprocidades debéis saber que Puerto Rico que se enorgullecía de la suya con el estado de New York desde hace pocos años perdió esta ventaja. Los títulos conferidos por las Universidades de un Estado permiten el ejercicio en dicho estado y en algunos otros con los cuales aquel establezca la reciprocidad. Puerto Rico no tiene reciprocidad alguna.

Todos los títulos universitarios de Estados Unidos y el extranjero tienen que sufrir el examen de reválida en nuestra isla a excepción de los médicos diplomados de la Junta Nacional. Todo médico que toma satisfactoriamente los exámenes en dicha junta médica podrá ejercer en todos y cada uno de los estados y posesiones de los Estados Unidos sin necesidad de examen. No olvidéis esto, es un buen consejo recordaros que tratéis de tomar dichos exámenes nacionales, aprovechando la oportunidad que proporciona aquella Junta, de permitir que se tomen parcialmente cada año al mismo tiempo que se aprueba el curso de la carrera en la Universidad correspondiente. Los exámenes así tienen lugar en época en que todavía se conservan frescos y lozanos los conocimientos que no es lo mismo, como examinarse al terminar la carrera, en cuya época ya pueden haberse borrado o nublado en la memoria algunos de los conocimientos básicos o de erudición.

Después de haber hecho todo esto todavía no podéis ejercer, tenéis que cumplir un año de internado en un hospital reconocido. Más tarde al comenzar a practicar, vuestras ansias de perfeccionamiento os llevarán a solicitar uno o dos años de residencia en la especialidad, cuya práctica os atraiga dentro de la carrera. —Y entonces al terminar ese entrenamiento estaréis preparados para abordar la última modalidad que en la educación médica se va perfilando o sea el examen para obtener el certificado de vuestra especialidad, ante la Junta Examinadora de la misma, de la Asociación Médica Americana. Ya de lleno en vuestra carrera os daréis escapadas de cuando en cuando para seguir cursos post graduados en materias completamente limitadas que perfilen más destacadamente vuestra personalidad. En resumen, tres años de premédica, cuatro de carrera médica, una infinidad de exámenes, concursos, competencias y oposiciones, para obtener plazas y un capital empleado en esos años equivalente a $14,000. Tal es el esfuerzo en el orden educacional que se exige hoy al médico. El progreso realizado en los Estados Unidos en educación médica ha sido sorprendente, veloz y en estos momentos fascina verdaderamente.

Quien os habla, procedente de escuelas europeas lo ha presenciado, lo ha seguido

paso a paso. Hacia el 1910 todavía existía un desnivel cualitativo a favor de las escuelas europeas, pero merced al esfuerzo tesonero y diligente de la clase médica dirigida por la Asociación Médica Americana se cambió completamente el panorama y a base de sana emulación, libre determinación, amplio concurso de las corporaciones privadas, las escuelas de medicina americanas levantaron su nivel y se colocaron a la cabeza de todos los demás países.

La nación americana no tendrá palabras para agradecer el esfuerzo realizado en este sentido por la A.M.A. A este respecto os quiero referir algo de gran valor fundamental e histórico. En mis viejas colecciones del Journal del American Medical Association conservo los números referentes a esta labor de perfeccionamiento médico donde pueden leerse hechos como el que sigue.

Se constituyó de manera detectivesca un Comité de la Asociación Médica Americana para indagar la preparación científica y moral de ciertas Universidades americanas que ya uds., que son casi médicos, sabrán que por su inefectividad se les llamaba *panaderías y en el Journal ustedes pue*den leer unos exámenes de Anatomía contestados expresamente de manera errónea por dicho comité colocando los músculos de las pantorrillas en el cuello y la respuesta de la Junta de Examinadores de esas Universidades fué aprobando dichos exámenes y pidiendo 25 pesos más para el próximo examen. De esa condición horripilante al progreso envidiable que en la actualidad ofrecen las escuelas americanas, media una distancia enorme que ha sido recorrida merced al esfuerzo inaudito de la A.M.A.

La orientación de la educación médica en el transcurso de los años es de una manera precisa y arrolladora hacia la especialización. Cuando vosotros seáis médicos quizás en el otoño de vuestra vida existirán ya los títulos Universitarios, no solamente de Doctor en Medicina sino de Especialistas. Lo que hoy se hace de modo voluntario ante la Junta Examinadora de especialidades creadas al calor de ese amor al progreso de la A.M.A. serán en el porvenir compulsorios en los Colegios.

Quizás esas tendencias excesivamente absorbentes de las especialidades en la medicina merezca una sana crítica porque ello hace olvidar que el enfermo es una totalidad, que el enfermo no puede descomponerse en partes, que no se enferma un órgano, que quien se enferma es todo el individuo.

Estas ideas viejas, hipocráticas, se remozan y florecen de nuevo en la mente de modernísimos pensadores y educadores americanos hasta el punto de que con el objeto de evitar la desaparición del médico general, del médico de familia, tratan de constituir una especialidad con ellos, una especialidad que podríamos llamar "tropa de choque media en la lucha contra la enfermedad."

La última novedad que se perfila en cuanto a nuestra educación médica consiste en la posibilidad de fundar en Puerto Rico un Colegio de Medicina. Con motivos de la grave crisis que en la asistencia médica pública se nota originada por la escasez de facultativos convoqué el año pasado al Comité de Educación de nuestra Asociación Médica para estudiar esta cuestión rindiendo el informe que os presento con las recomendaciones pertinentes. Quiero aprovechar la oportunidad de esta reunión para informaros cuál es la opinión de la clase médica en esta materia. Ni la Asociación Médica de Puerto Rico ni médico alguno en particular se opone a que se cree en Puerto Rico la Escuela de Medicina. A lo que sí nos oponemos con toda la fuerza de nuestras energías es a que se

funde una Escuela de Medicina de segunda categoría o tercera clase que coloque a nuestros graduados en una situación de inferioridad con los del norte, con lo cual se lesionarían su prestigio y su economía.

Hoy en día que tanto se habla de justicia social, no sería justiciero proporcionar títulos inferiores o de segunda clase, únicamente a nuestros conciudadanos pobres que careciendo de recursos para trasladarse al continente se verían obligados a estudiar en nuestro Colegio de Medicina, mientras que las personas pudientes de nuestra colectividad podrán gozar de la ventaja de obtener títulos privilegiados en los Estados Unidos.

De no ser nuestro Colegio de Medicina de valor académico igual al de Harvard, Hopkins, etc., o sea de Clase A, la injusticia sería notoria.

El sistema de becas conlleva la justicia social de proporcionar al pobre, a las personas de recursos económicos moderados, las mismas oportunidades que al rico de estudiar en los grandes colegios de primera clase de los Estados Unidos.

Por otra parte, la presencia en nuestra clase médica en Puerto Rico de profesionales educados en distintas universidades del Norte traslada al ejercicio de la carrera las distintas orientacones de aquellas escuelas haciendo nuestra medicina local verdaderamente ecleéctica.

Aspecto Económico:

El médico no puedo sustraerse a la marcha general de la economía mundial y en lo que a nosotros respecta a la de nuestra isla.

A medida que la vida se ha hecho más cara, más exigente; a medida que las nivelaciones y desnivelaciones financieras de los distintos sectores de la población han sufrido fluctuaciones intensas; a medida que la llamada clase media se ha ido empobreciendo, la economía médica sinérgicamente ha sufrido paralela variación.

Para daros una idea vívida de lo que estos cambios significan os referiré que para el año 1910 un médico titular tenía un sueldo de 85 a 90 pesos, vivía feliz, no tenía deudas y ahorraba. En el momento actual el sueldo mínimo de un joven recién llegado, sin dependencias, es $200 y con ese sueldo ni ahorra un centavo y está lleno de deudas. No creo que haya ejemplo más fehaciente de que algo erróneo está sucediendo en la economía.

En épocas pretéritas, el número de personas de mediana posición que gozaban de independencia económica era considerable, lo que hacía muy numerosa la clientela de lo que hoy llamamos pacientes privados. La generosidad y el aprecio al médico era tal, que muy corrientemente se daba el caso del cual soy testigo, que el cliente enviaba al médico cantidades muy superiores a la cuenta de honorarios rendida por el profesional. Cada día esto es más raro.

En la actualidad las facilidades de comunicación favorecen la emigración de los pacientes adinerados al continente o a los grandes centros. El número de indigentes con derecho a hospitalización gratis por el estado ha aumentado con la definición que la ley de hospitales de distrito dá a indigentes, que dice que será tal y tendrá derecho a hospitalización en los hospitales de distrito, toda persona sin dependencia cuyas entradas anuales lleguen a $600 o a $1,200 si tiene dependencias.

La clase media, la que tiene recursos económicos moderados, muchas veces realiza la valentía, la heroicidad de pagar como pacientes privados, con gran menoscabo de sus menguadas finanzas. El problema de la asistencia médica a las personas de recursos económicos moderados de-

terminó hace años una investigación en los Estados Unidos que llegó a la conclusión que era verdaderamente imposible solventar por dicha clase el costo de la asistencia médica y hospitalaria, tal como el progreso actual exige que se rinda para ser efectiva. Para la resolución de este problema, para dar los servicios médicos y de Hospital a las personas de recursos económicos moderados han nacido tendencias que llevan sobre el ejercicio de la medicina, cambios formidables que lo han de metamorfosear en ese aspecto. Estas tendencias son:

1—Los contratos privados;
2—Los contratos de las Compañías de Seguros;
3—La nacionalización de la medicina;
4—La socialización de la medicina;
5—La sovietización de la medicina;
6—El cooperativismo médico, movimiento voluntario conocido con el nombre de "Blue Cross Plan."

Tal es el momento actual. Vais a entrar en la carrera médica y seguramente durante los años de vuestros estudios, tendrán lugar las batallas más intensas por cada uno de estos ideales y tendréis ocasión de conocer al vencedor. Los contratos actuales, la socialización, y la nacionalización de la medicina pueden agruparse como movimientos contrarios al principio y moral fundamental de nuestra profesión, es decir, contrario al libre ejercicio de nuestra profesión en bien de la humanidad que es el fin de nuestra carrera.

Aquellos movimientos económicos sociales que suprimen la emulación, que mortiguan el estímulo, que adocenan la práctica, a la larga, son rémoras del progreso y toda acción que retarde el desenvolvimiento de la medicina, redunda en deterioro de la salud pública y por consiguiente del bienestar de los pueblos.

Con objeto de obtener todas las ventajas económicas que proclaman los movimientos socialistas, nacionalistas y de contrato en el servico médico y hospitalario, nació en los Estados Unidos, robusta, la idea cooperativista en el campo de la atención del enfermo, con las campañas denominadas "Blue Cross Plan", tendentes a resolver este problema económico sin menoscabo del libre ejercicio de la profesión médica.

Mediante ese mutualismo, con el pago de una cantidad moderada a una corporación central, indirectamente fiscalizada por el Gobierno para que no tenga beneficio pecuniario y sea en realidad un acto de afirmación filantrópica social, como lo provee en Puerto Rico la Ley Núm. 152 aprobada en el año 1942 por nuestra Legislatura, el enfermo resuelve satisfactoriamente su problema económico, quedando incólume los siguientes derechos que defienden nuestra profesión:

1—El paciente puede elegir el hospital que desee;
2—El paciente puede elegir el médico que desee;
3—El hospital no es pagado por contrato sino por estancias;
4—El médico no es pagado un tanto alzado, sino por servicio, es decir, tal y como sucede en el libre ejercicio de la medicina en práctica privada.

Tempranamente debéis preparaos a conocer y dominar estos asuntos de índole económica porque ellos son el factor primordial de las orientaciones sociales del futuro que tanto tienen que ver con nuestro porvenir médico.

Aspecto Moral:

Después de todos los esfuerzos de orden intelectual todavía tenéis responsabilidades, problemas morales que cumplir que

entran dentro de la apelación genérica del deber. Junto a los derechos que os confiere, el título de médico están los deberes morales de nuestra profesión, porque deber y derecho son dos términos completamentarios e inseparables.

Este aspecto de nuestra carrera ha perdido ambiente en los programas de enseñanza de nuestras Universidades y es que la filosofía y la moral son disciplinas tan austeras que engendran parcas simpatías; por eso en el devenir de los años la medicina las ha ido abandonando como materia de sus estudios.

En épocas tan lejanas que mis extensos años no alcanzaron, existía en el programa de estudios médicos una asignatura que se denominaba Deontología Médica o sea La Ciencia del Deber Médico. Quien desee nutrirse de estos principios encontrará en la literatura médica muy escaso material para apagar su sed. Me atrevería decir que casi tendría que valerse de sus propios y exclusivos conocimientos. Por más esfuerzo que el positivismo realice por separarnos de la filosofía, es axiomático que el ser humano es indivisible en sus dos aspectos: cuerpo y alma. Y en el estado patológico también existen ambas relaciones. Para el médico la filosofía debe ser tan importante como la anatomía; no puede separarse de las lesiones del cerebro, la psicología. En nuestros tiempos modernos somos muy dados a reclamar derechos y a olvidar deberes. Por eso la Diceología prima hoy sobre la Deontología. Lo más sagrado, lo que permite discernir lo bueno de lo malo, lo que guía la conductividad en la vida, es el deber, y el deber no necesita definición, lo sentimos todos y *el deber no se discute, sencillamente se cumple.*

Con objeto de no cansar vuestra atención, en esta clase de consideraciones, pondré en vuestras manos un pequeño ensayo que sobre esta materia leí en la Sesión Inaugural de la Asociación Médica de Puerto Rico, titulado "Hipócrates, Excelso Deontologista", para que lo hojeéis en vuestros ratos de ocio.

ASPECTO CULTURAL:

Si lográis llevar a completo éxito vuestra preparación en los aspectos doctrinal, social, educativo, económico y moral de la carrera, aún no habéis terminado, os resta, vuestra formación cultural. Esta, avalorará vuestra personalidad y os concederá facilidades para triunfar. Tal criterio, que tiene sus raíces en el viejo continente, se ha difundido profusamente en los últimos años, entre los educadores médicos de Estados Unidos y hoy en día, la literatura sobre esta materia, es notablemente abundante. El médico americano en el futuro, puesta ya la proa hacia esas regiones, llegará a alcanzar en la cultura, como lo obtuvo en la educación médica, el nivel mundial más alto.

El informe de la Comisión de Educación Médica Graduada, publicado por la Universidad de Chicago, el año 1940, es en realidad un documento definitivo del pensamiento moderno, sobre esta materia. Dice así, en uno de sus párrafos más importantes: "Frecuentemente, el extenso programa de estudios, tanto en el Colegio como en la Escuela de Medicina; el exigente trabajo del internado y de la residencia; el considerable tiempo que el médico se vé obligado a emplear en estudios y asistencias a sociedades profesionales para mantenerse al corriente del progreso científico, hace que le sea casi imposible al doctor en medicina, nutrir exhuberantemente sus intereses culturales y el hombre que descuida estos intereses, pierde una parte importante de su preparación. El verdadero médico triunfador, encuentra siempre la

oportunidad, a pesar de su práctica, por dilatada que sea, de desarrollar aquellos intereses que enriquecen sus conocimientos. Los educadores médicos deben asignar tiempo suficiente en el curriculum, para las materias culturales y deben también estimular a los estudiantes para que ellos se aprovechen de tales oportunidades, aunque ellas no significan contribuciones directas y escuetamente médicas.

Algunos educadores médicos han aceptado en las escuelas de medicina a estudiantes sobresalientes especializados en el estudio de las humanidades, abrigando la esperanza de que ellos podrían introducir nuevos puntos de vista en muchos de los problemas de la medicina. Sería conveniente que otros educadores siguiesen este ejemplo, pues aunque estrictamente hablando, esta preparación cultural no es imprescindible, en el curriculum de la carrera de medicina, sin embargo, juega un papel importante en la preparación del médico y en los cursos post-graduados."

Como demostrativo de esa orientación educadora hacia la cultura, voy a citaros, como curiosidad, el consejo que dá Osler, en su obra "Aequanimitas." Dice así: "Antes de acostaros, leed por media hora, y en la mañana siguiente, tened un libro abierto mientras os vestís." Quedaréis sorprendidos de la importancia de la labor que puede realizarse en el curso de un año.

Os ofrezco una lista de diez libros, con los cuales ustedes pueden trabar una íntima amistad. Leídos cuidadosamente en vuestros días de estudiante, os ayudarán a alcanzar esa educación interna de la que os hablo.

He aquí la lista:

1—Antiguo y nuevo testamento.
2—Shakespeare.
3—Montaigne.
4—La Vida de Plutarco.
5—Marco Aurelio.
6—Epictetus.
7—Religio Medici.
8—Don Quijote
9—Emerson.
10—Oliver Wendell Holmes.
(Series del Desayuno)
(Breakfast table series).

Claro está, que existen muchos más aconsejables.

Para los que se interesen en esta materia cultural, me permito referirlos a las siguientes publicaciones:

1—Peabody, Andrew Preston: *What The Physician Should Be.*
2—*Graduate Medical Education, Report of the Commission of Graduate Medical Education,* University of Chicago Pres. 1940.
3—Huxley, Thomas Henry: *Science and Culture in Saidla.*
4—Rolleston, Sir Humphy Davy: *Right Honourable Sir Thomas Clifford Allbutt: A Memoir of London.*
5—Russel Bertrand: *The Place of Science in a Liberal Education in Saidla and Gibbs.*
6—Sabin, Florence: *Franklin P. Mall, Anatomist Baltimore,* Johns Hopkins Press, 1934.
7—Osler, Sir William: *The Master Word in Medicine.*
8—Flexner, Simon and Flexner, James Thomas: *William Henry Welck and the Heroic Age of American Medicine.*
9—Finney, J. M. T. A.: *Surgeons Life.*
10—Jackson Chevalier: *The Life of Chevalier Jackson.*
11—Vaughan, Victor C.: *A Doctor's Memories.*
12—Hertzler Arthur E.: *The Horse and Buggy Doctor.*

13—Parker Lewellys F.: *Time and the Physician.*

14—Barker Lewellys F.: *The Young Man and Medicine.*

Después de haber pasado vuestra mente por los anteriores campos de meditación, llega el momento en que debéis preguntaros, cuáles son las razones que os inclina a ser médicos, para que no confundáis la ilusión con la vocación.

Nuestra carrera por sus estudios, por su representación social, por su destacada altura moral, tiene en su apariencia un brillo, un colorido, una atracción similar a la de los militares de gala y en parada. Así la milicia atrae la juventud, como a las mariposas la luz, así la medicina atrae al estudiante como al acero el imán. Más en ambas profesiones existe el reverso de aquella apariencia cuando contemplamos al soldado en la realidad inmensa de su holocausto, sucio, harapiento, jadeante, famélico, sangrante, dolida el alma, martirizado el cuerpo en los horripilantes campos de batalla; y cuando contemplamos también la realidad de la vida del médico en su profesión, triste, angustiado, anheloso, fatigado, sacrificado, sin reposo, sin distracciones, sin placeres, sin el goce siquiera del hogar, sin método en su vida, decepcionado, sembrando bondades y recogiendo ingratitudes... si después de conocer todo esto queréis ser médicos, entonces y solo entonces, es cierto, que poseéis ese misterioso y tesonero deseo, que se llama vocación...

Cuando observo este movimiento intelectual de nuestros días y presiento la evolución formidable que ha de tener en el futuro la formación del médico, renace en mis recuerdos con emoción profunda, el aforismo que frecuentemente repetía el profesor de Barcelona, Letamendi, y que a mi vez quiero dejarlo grabado en vuestra memoria, como despedida de esta conferencia y que dice así:

"El médico que solo sabe medicina, ni medicina sabe."

The education of most tuberculous patients may be handled best on a personal basis, but few physicians have time to give individual instruction to many patients. A well qualified nurse can accomplish much in a hospital by meeting the patients singly upon admission and giving instruction in regard to the technique of controlling the dissemination of infectious organisms, the importance of rest and a general orientation to the routine of institutional life. For some individuals a simple conversation, indicating the technique necessary for the hygienic control of cough and care of expectoration is all that is necessary. Many patients, however, need repeated instruction and encouragement including demonstrations. Esta H. Mc Nett, R. N., Amer. Rev. of Tuber., Nov., 1942.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Mayo, 1943. Núm. 5.

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes

Junta del Auxilio Médico Mutuo:

El día 1ro. del mes en curso celebró una reunión extraordinaria la Junta del Auxilio Médico Mutuo, estando presentes los doctores Manuel Quevedo Báez, Jorge del Toro y Rafael Bernabe, además del Presidente de la Asociación, Dr. Manuel de la Pila.

En esta reunión la Junta tomó conocimiento de aquellos miembros de la Asociación que habían dejado de acogerse al plan del Auxilio Médico Mutuo, y acordó se hicieran gestiones finales cerca de dichos compañeros para que se suscribieran al plan dentro del término de quince días.

Asimismo se acordó en esta reunión fijar las cuotas que deberán pagar los médicos que en el futuro deseen acogerse al plan, y cuya tarifa habremos de publicar en una de nuestras próximas ediciones.

La Junta acordó celebrar una reunión mensual en la tarde del primer sábado de cada mes, con el objeto de celebrar cambios de impresiones e ir estudiando aquellas enmiendas que la experiencia demuestre sea necesario hacer al reglamento, de manera de asegurar el mejor funcionaminto del plan.

Junta Directiva:

El día 14 de mayo celebró su reunión ordinaria mensual la Junta de Directores de la Asociación, habiéndose tratado los siguientes asuntos:

1—Nombramiento de un Comité de Relaciones Públicas.
2—Autorización compra de libros y ampliación Biblioteca.
3—Petición elevada al Tesorero de Puerto Rico en relación con el Impuesto de la Victoria.
4—Carta al Honorable Comisionado de Sanidad, reiterando la solicitud hecha a principios del año en curso para que se autorice a los médicos de Sanidad a ejercer la profesión en sus horas libres.
5—Aprobación solicitudes de ingreso.
6—Nuevo plan para facilitar la publicación de la Historia de la Medicina.

El presidente dió cuenta demás, de otros asuntos de rutina.

Sección de Salud Pública:

El viernes 21 del mes en curso reuniéronse en el edificio de la Asociación, bajo la presidencia del Dr. Rafael A. Vilar, los miembros de la Sección de Salud Pública de nuestra agrupación.

En esta reunión, se trataron asuntos de interés general para los médicos que prestan sus servicios al Departamento Insular de Sanidad y se decidió donar al Fondo del Auxilio Médico Mutuo la cantidad de

$10.00, balance del dinero recaudado por la Sección.

Los siguientes compañeros fueron electos para dirigir la Sección durante el próximo año:

Presidente: Dr. R. Fernández Marchante
Pres. Electo: Dr. E. Martínez Rivera
Secretario: Dr. Guillermo Arbona
Vocales:
Dr. J. Polanco González
Dr. Luis M. Graulau
Dr. Luis A. Sánchez
Dr. Domingo Nochera
Dr. J. B. Gotay
Dr. Hilton L. López
Dr. M. Román Benítez

Asociaciones de Distrito

Ponce:

En la noche del lunes 11 de mayo, bajo la presidencia del Dr. Osvaldo Goyco, y con asistencia de una nutrida representación de los compañeros del distrito, la Asociación Médica de Ponce celebró una reunión de carácter científico-administrativa; habiendo presentado el Dr. William R. Gelpí un interesante trabajo sobre "Reducción de fracturas del Cuello quirúrgico del Húmero."

Una vez terminada la parte científica del programa, el Dr. Pila trajo a consideración de los concurrentes el propuesto plan de Servicios Médicos, complemento del Plan de Hospitalización autorizado por acción legislativa, y el cual fué objeto de una amplia discusión. Todos los concurrentes llenaron y entregaron el cuestionario que les fuera sometido por el Presidente.

Luego el Dr. Goyco informó que era su deseo celebrar una reunión científica mensual, antes de la Asamblea anual del distrito, que se llevará a efecto en el mes de septiembre próximo; acordándose por unanimidad que dichas reuniones mensuales se lleven a efecto bajo los auspicios de las clínicas privadas de Ponce, en el orden siguiente:

Junio — Hospital Santo Asilo de Damas
Julio — Clínica Dr. Pila
Agosto — Hospital San Lucas

A la terminación de las deliberaciones los compañeros presentes fueron espléndidamente obsequiados por la directiva del Distrito.

Aguadilla:

Tal como anunciáramos en nuestras pasadas ediciones, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla se llevará a efecto en dicha cabecera de distrito el domingo 30 del presente mes de mayo.

En el momento en que redactamos estas líneas no hemos recibido el programa científico que habrá de desarrollarse en dicho acto; pero podemos adelantar, sin embargo, que el mismo habrá de ser uno de gran interés.

Próximas asambleas:

El itinerario de las próximas asambleas de distrito es como sigue:

Mayagüez — — Junio
Humacao — — Julio
Ponce — — Septiembre
Arecibo — — Octubre

Suplicamos a los presidentes de las asociaciones de distrito nos envíen una relación de sus respectivos programas, tan pronto lo hayan confeccionado, de manera de darles amplia publicidad en esta sección. Asimismo, habremos de agradecerles nos envíen notas personales o de actos mé-

dicos realizados en el distrito para conocimiento de nuestros lectores.

Auxilio Médico Mutuo

A las listas de compañeros acogidos al Plan del Auxilio Médico Mutuo, que hemos venido publicando en nuestras pasadas ediciones, deseamos agregar los nombres de los siguientes miembros:

Dr. Fernando L. Buxeda
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Arturo L. Echevarría
Dr. Juan S. Marchand
Dr. José B. Caso
Dr. Víctor Rincón
Dr. Raúl Yumet
Dr. José Sobrino
Dr. José F. Correa
Dr. Antonio Muñiz
Dr. Manuel B. Berríos

Primeros en expedir las 20 primeras certificaciones del Libro de Certificaciones.

El Dr. José Menéndez, de Río Piedras, y el Dr. Manuel G. Carrera, de Fajardo, el Dr. F. Sánchez Castaño, de Vega Baja, han sido los primeros compañeros en expedir 20 certificados y enviar a nuestro tesorero el producto de los mismos, que, como es de conocimiento general, irá a engrosar al fondo del Auxilio Médico Mutuo.

Felicitamos calurosamente a los doctores Menéndez, Sánchez Castaño y Carrera por su éxito, y exhortamos a los demás compañeros a que brinden su valiosa cooperación al fondo del Auxilio, haciendo uso del libro que tienen en su poder cada vez que tengan necesidad de expedir alguna certificación.

Misceláneas

Comité de Relaciones Públicas:

Con el propósito de que se establezcan relaciones con el público mediante la realización de campañas educativas a través de la radio, la prensa y la celebración de actos públicos, el Sr. Presidente de nuestra colectividad procedió a nombrar un Comité de Relaciones Públicas integrado por los siguientes compañeros:

Dr. Luis Manuel Morales
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José A. Seín
Dr. José N. Gándara
Dr. Domingo Nochera

Es también el objeto de nuestro presidente, que dicho Comité coopere con las directivas de distrito en la organización de actos científicos, muy especialmente con la directiva del Distrito de San Juan.

Nuevos Miembros:

Recientemente ingresaron a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Máx D. Sánchez, de Guayanilla
Dr. José Sobrino, de Arecibo
Dr. Manuel González Olmo, de Lares

Dr. Basilio Dávila:

Recientemente regresó a nuestra Isla, después de un viaje de placer por el Continente, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Extendemos por medio de estas líneas nuestro cordial saludo al amigo Dávila.

Dr. Manuel Pavía Fernández:

Se encuentra por los Estados Unidos en

viajc de placer y estudios, el estimado amigo Dr. Manuel Pavía Fernández.

Muy gratas impresiones durante su estadía en el Norte deseamos al querido amigo.

Dr. Jenaro Suárez:

A principios del presente mes embarcó hacia los Estados Unidos, en compañía de su distinguida esposa, a disfrutar de unas merecidas vacaciones, el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

Que disfruten a plenitud de su viaje deseamos a tan distinguidos amigos.

The Industrial Front—Three hundred and fifty million work days lost annually through illness of the gainfully employed is our country's discreditable record. At a wage of five dollars a day this means a $1,750,000,000 yearly deficit in labor and production. Assuming that half of this is due to preventable disease we could build a dozen battleships in the time saved by full use of known preventive measures.

In working days lost per case, tuberculosis heads the list of unnecessary disabilities. This national loss is not due alone to doctors, nor the public health service, nor the ignorance and carelessness of the people themselves. The blame belongs to all three. The fervor of patriotism sweeping the country keeps our eyes fixed overseas. We are united in the will to annihilate despotism and reestablish freedom for all nations. This is our duty, but me must not forget the treacherous enemy within our own boundaries. Tuberculosis, in collusion with its fellow fifth columnists, is impeding victory by a campaign of sabotage behind the lines.

The armed forces have foreseen the menace of tuberculosis in the ranks and are taking active measures to combat it. Industry has awakened to the threat but is still floundering in its effort to thwart it. The medical profession is only half alive to its opportunities for patriotic service. Right now is the moment to stand by the men who make the guns in an all-out fight to eradicate this leading saboteur of victory. Kendall Emerson, M. D., Journal Lancet, Apr., 1942.



kalak

REG. U.S. PAT. OFF.

A crystal clear, sparkling alkaline mineral water, prepared from distilled water and salts in chemical equivalents under laboratory control to insure uniformity of quality. KALAK is valuable in maintaining the mineral and water equilibrium which may be upset by a pathological process or by certain drugs such as salicylates, iodides, and sulfa drugs.

KALAK WATER CO. OF NEW YORK, INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA NEW YORK, N. Y.

Distributed by:

RODOLFO BERNAL

San Juan, P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnóstios de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY


50
PLASTULES
HEMATOGENAS
Fórmula Compuesta
DOSIS DOS PLASTULES
TRES VECES AL DÍA.
DESPUÉS DE LAS
COMIDAS.
THE BOVININE COMPANY
CHICAGO. E. U. A.
DISTRIBUIDORES
50
PLASTULES
HEMATOGENAS
Fórmula Simple
DOSIS UNA PLASTULE
TRES VECES AL DÍA.
DESPUÉS DE LAS
COMIDAS.
THE BOVININE COMPANY
CHICAGO. E. U. A.
DISTRIBUIDORES

PLASTULES HEMATOGENAS

THE BOVININE COMPANY • CHICAGO, ILLINOIS • Estados Unidos de America

LAS Plástules Hematógenas son un producto resultante de los últimos avances de la Terapéutica moderna en el campo de las anemias* y estados de debilidad general. Dichas "Plástules"—cuya palabra quiere decir, cápsula de gelatina soluble, con un contenido semiflúido—se presentan en dos formas:

Plastules Hematogenas Simples

Contenido: Sulfato ferroso y Levadura concentrada.

Plastules Hematogenas Con Extracto De Hígado

Contenido: Sulfato ferroso, Levadura concentrada y extracto de hígado derivado de la glándula fresca.

A fin de asegurar la fácil y pronta absorción de las PLASTULES HEMATOGENAS, sus componentes han sido reducidos a un estado semiflúido y englobados en una cápsula soluble de naturaleza gelatinosa.

2 Las últimas investigaciones han demostrado las ventajas que tiene el Sulfato Ferroso cuando se asocia a las Vitaminas B y G especialmente en las anemias de tipo hipocrómico que se caracterizan por la disminución del índice de materia colorante (hemoglobina) en la sangre. La síntesis de una opinión publicada en una revista en la que se comenta este problema, dice:

> "El valor terapéutico de las preparaciones de hierro administradas por vía bucal, es proporcional a la solubilidad de estos preparados y la facilidad para dejar libres los iones del hierro en estado ferroso."
>
> "Está demostrado que el hierro no es absorbido cuando se administra en el estado químico férrico y por esta razón tiene que ser cambiado al estado ferroso dentro del canal alimenticio, antes de que la absorción se realice."
>
> "Por estas razones, las sales solubles ferrosas son las más eficaces y efectivas de todos los preparados del hierro."
>
> "Además, la acción terapéutica de este medicamento puede ser aumentada por ciertos factores que facilitan la absorción y su beneficiosa acción en el organismo. Entre ellos están la levadura y el Extracto de Hígado."

Un análisis somero de los elementos terapéuticos que integran las PLASTULES HEMATOGENAS, hace resaltar las siguientes propiedades de sus componentes:

Sulfato Ferroso. Las recientes ideas de las autoridades científicas que estudian el problema de las anemias, afirman que la absorción del hierro en forma de Sulfato Ferroso, es cuatro o cinco veces más activa que otras sales como por ejemplo la del tipo citro-amoniacal; quince veces más fácil que la del Hierro reducido, y a su vez el estado ferroso
1 es más adaptable al mecanismo del Metabolismo humano. Se ha demostrado que 15 granos (un gramo) de Sulfato Ferroso produce la misma hemoglobina que 90 á 120 granos (6 á 8 gramos) de las sales citro-amoniacales.

2 Por consiguiente, como las sales en estado férrico tienen que ser reducidas antes de su absorción, es lógico que las sales en estado ferroso sean las indicadas para el tratamiento, porque no necesitan estos cambios químicos y como es natural se hace más fácil su asimilación.

3 Fullerton ha demostrado que no se presenta la disfunción gástrica después del uso del Sulfato Ferroso, cuando se emplea en dosis terapéuticas. El hierro en el estado Ferroso, que es efectivo en pequeñas dosis, evita las dispepsias, los cólicos, la diarrea, el estreñimiento y las reacciones tóxicas que se observan con las dosis masivas de otros componentes del hierro. Hasta cuando está disminuida la cantidad de secreción gástrica, las sales ferrosas son efectivas.

Extracto de Hígado. El Hierro y el Hígado cuando son administrados en
4 la misma fórmula aumentan en sus valores terapéuticos, mucho más que cuando son administrados de forma independiente. Este fenómeno
5 ha sido demostrado por Murphy, Powers, Keefer, Yang y otros investigadores. Además del poder catalítico que tiene el hígado, la glándula en sí, es una fuente productora de ciertos derivados del hierro, del cobre y el pirrol, que son al fin los componentes de la hemoglobina.

El valor terapéutico de la unión del hígado con el Hierro ha sido
6 demostrado en las Anemias infantiles, por Maurer, Greengard y Kluver. En todos los casos han observado una mejora en los análisis microscópicos de la sangre, un aumento en el apetito del enfermo, alza de peso, disminución de la irritabilidad mental y un progreso indiscutible en el estado del sistema nervioso.

Levadura Concentrada. Las PLASTULES HEMATOGENAS contienen la levadura concentrada al fin de proveer a la fórmula con vitaminas B y G, que aceleran el crecimiento y aumentan el apetito. El citocromo
2 de la levadura es un factor que coopera a la potencialidad del hierro.

Indicaciones. Las PLASTULES HEMATOGENAS son indicadas en el tratamiento de los siguientes estados patológicos:

1 Anemias:
- a) Originadas por trastornos nutritivos
- b) En las embarazadas
- c) Puerperio
- d) Estados idiopáticos de tipo hipocrómico

2 Debilidad General Ocasionada por:
- a) Hemorragia
- b) Enfermedades crónicas
- c) Enfermedades pasajeras
- d) Enfermedades infecciosas

Posologia

Plastules Hematogenas Simples: Una, tres veces al día. En esta dosis el enfermo toma un total diario de 15 granos (un gramo) de Sulfato Ferroso.

Plastules Hematogenas Con Extracto De Higado: Dos Plastules tres veces al día. En las 24 horas el enfermo toma el gramo de hierro, la levadura, más 16 granos (equivalentes a 104 centígramos) de Extracto de Hígado.

Resumen

Las Plastules Hematogenas constituyen un método sencillo y rápido para el tratamiento de las anemias y estados de debilidad general. Contienen el hierro en su forma más asimilable con la levadura al fin de aumentar la potencialidad del hierro y aumentar el apetito, y en la segunda fórmula se añade el Extracto de Hígado cuyo poder antianémico es reconocido.

La nueva terapéutica hematológica está basada en un sinnúmero de trabajos y observaciones clínicos que tienden a demostrar la acción benéficiosa del hierro en las anemias. Estos estudios han destacado figuras como Minot, Heath, Strauss, Castle y Sturgis en los Estados Unidos; Davidson y Fullerton en Escocia; Starkenstein en Alemania y Henderson y Lucas en el Canadá.
2 Todos estos trabajos están englobados en un estudio publicado por L. J. Witts en Inglaterra.

Ensaye PLASTULES HEMATOGENAS en cinco casos a fin de comprobar los magníficos resultados. Se presentan al mercado en frascos de 50 unidades y se pueden adquirir en todas las farmacias de importancia.

***CLASIFICACION DE LAS ANEMIAS POR EL DOCTOR CLOUGH**

1. Pérdida de sangre; es decir, hemorragia externa, incluyendo la hemorragia al lumen en las vías gastro—urinarias, Anemia Post-hemorrágica. 2. Destrucción de la sangre dentro del cuerpo, Anemia Hemolítica. 3. Inadecuada formación de la sangre, Anemia Aplástica.
Plastules Hematógenas Simples y Plastules Hematógenas con Extracto de Hígado ayudan a regenerar los glóbulos rojos de la sangre y benefician la sangre empobrecida en todos los tipos de anemias.

*Paul W. Clough, Médico, Asociado en Medicina Clínica—Johns Hopkins University. "Diseases of the Blood," Harper and Bros., N. Y. and London, 1929.

●

BIBLIOGRAFIA

1 *Eichholtz, F. and Unrath, H.—"Iron Catalysis III Peroral Administration,"—Arch. Exptl. Path. Pharmakol. Vol. 178, P. 154, 1935.*

2 *Witts, L. J.—"The Therapeutic Value of Iron,"—The Lancet, January 4, 1936.*

3 *Fullerton, H. W.—"The Treatment of Hypochromic Anemia with Soluble Ferrous Salts."—Edimburgh Med. J., Vol. 41, February, 1934.*

4 *Murphy, Wm. P. and Powers, John H.—"The Value of Liver in the Treatment of Anemia due to Hemorrhage." S. G. & O.—Vol. 48, April, 1929.*

5 *Keefer, Chester S. and Yang, C. S.—Journal of A. M. A. Vol. 94. P. 575, August, 1929.*

6 *Maurer, S., Greengard, J. and Kluver, C.—"The Value of Liver Extract and Iron in the Anemia of Young Infants."—Journal of the A. M. A., Vol. 98, P. 1069, March, 1932.*

THE BOVININE COMPANY • DISTRIBUIDORES • CHICAGO • ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D } por gramo....	10 gramos
	Acido Bórico	2 gramos
	Oxido de Zinc	15 gramos
	Talco	15 gramos
	Vehículo	58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

SANGRE PARA LOS VALIENTES



¡Los combatientes pierden sangre! . . . sangre que tiene que ser reemplazada por madres y muchachas de escuela, comerciantes y trabajadores, el chico de oficina y los directores de grandes empresas. Los combatientes vienen recibiendo sangre—millares de unidades recogidas por la Cruz Roja en un esfuerzo unido para las Naciones Unidas.

En los Laboratorios Lilly, hombres y mujeres con ropa forrada de lana trabajan en cuartos de baja temperatura donde la sangre que tan gencrosamente ha sido donada se reduce a plasma, se congela y se seca. El plasma es preparado por Eli Lilly and Company, sin ganancia alguna, para uso exclusivo de las fuerzas armadas.

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXV. JUNIO, 1943. NUMERO 6.

Comparative Pathology
and
Tropical Medicine
HARVARD
MEDICAL SCHOOL

JUL 14 1943

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



In response to requests from pediatricians, we are now also marketing PABENA—precooked oatmeal, enriched with vitamin and mineral supplements. PABENA closely resembles Pablum in nutritional qualities, and offers the same features of thorough cooking, convenience and economy. Supplied in 8-ounce cartons. Samples on request.

MEAD JOHNSON & COMPANY, EVANSVILLE, IND., U.S.A.

P. O. Box No. 3081, San Juan

SUMARIO

Página

Modified Friedman's Test for Pregnancy — Preliminary Report, Roy J. Stokes, M. D., and José Ernesto Ortíz, M. T., Ponce, Puerto Rico — — — — — — — — — — — — — — — — — 215

Informe de un caso de Síndrome de Vogt-Koyanagi, Luis J. Montalvo Durand, M. D., Juncos, P. R. — — — — — — 218

Presidential Address delivered at the Second Annual Convention of the Puerto Rico Health Association, E. Garrido Morales, M. D. — — — — — — — — — — — — — — — — — — 220

Palabras del Dr. P. Morales Otero en la Convención Anual de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico — — — 229

Address delivered by Dr. Joseph Bolten — — — — — — — 230

Discurso pronunciado por el Sr. Jaime Benítez, Rector de la Universidad de Puerto Rico — — — — — — — — — 231

Current Nursing Problems and Needs in Puerto Rico, Elena Bonilla, R. N. — — — — — — — — — — — — — — — — 234

Some present plans for the Solution of these problems, Isolina Ramis, R. N. — — — — — — — — — — — — — — — — 236

Constitution and By-Laws of the Puerto Rico Public Health Association — — — — — — — — — — — — — — — — — — 239

Palabras del Dr. Manuel de la Pila en el acto inaugural de la Semana de la Enfermera — — — — — — — — — — — — 244

La verdadera esposa del médico — — — — — — — — — — 247

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — 248

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — — 251

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica: presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

CIRUGIA PLASTICA REPARADORA

Este curso incluye diagnóstico y determinación del tratamiento; preparación pre-operatoria; anestesia; técnica operatoria; vendajes; cuidados post-operatorios; referencia especial de la utilización de piel y otros tejidos en la corrección de desfiguros y restitución de pérdidas de tejidos congénitas o adquiridas. Operacioens en el cadáver. Atención particular conferida a las conferencias, estudios y demostraciones de los avances de la anatomía quirúrgica, patología, etc., desde el punto de vista del problema de c. plástica.

Cursos completos y Clínica

de las enfermedades de:

OJOS-OIDOS

NARIZ

GARGANTA

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piretoterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860



DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

CASA FUNDADA EN 1860



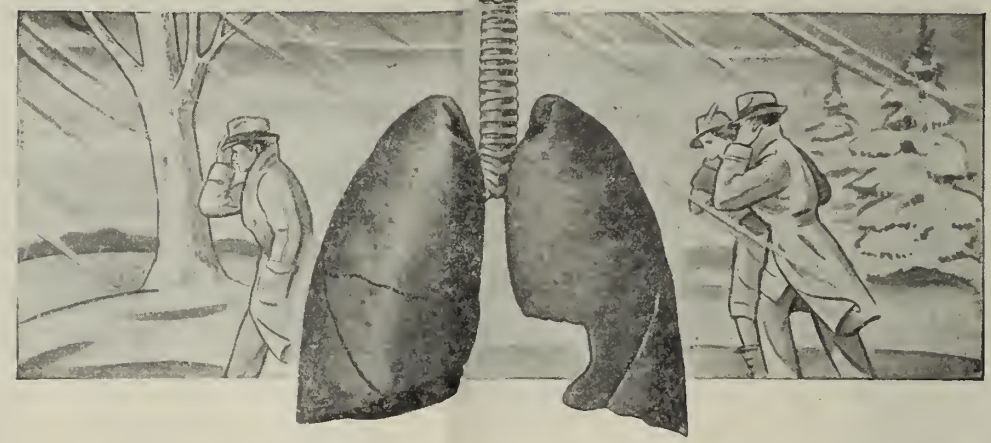
El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.

AN AID TO RECOVERY



IN the respiratory ailments of winter, the patient's comfort is particularly important as a means of promoting rest and thereby aiding convalescence.

Whether or not specific medication or chemotherapy is used, you will find it advantageous also to employ externally the analgesic, decongestive cataplasm, Numotizine, liberally this winter for such conditions as— TONSILLITIS . . . COLDS . . . PHARYNGITIS . . . INFLUENZA . . . BRONCHITIS . . . PNEUMONIA.

Numotizine is simple to apply, clean, easy to remove. One application is sufficient for about 12 hours. In addition to its use in respiratory affections, depend on Numotizine for relief in traumatic and inflammatory pain and swelling.



NUMOTIZINE

Supplied in 2 oz., 4 oz., 8 oz., 15 oz. and 30 oz. jars

•

Write for literature and clinical samples

RESEALABLE GLASS JARS . . . NO CONTAMINATION . . . NO WASTE

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.


For
NUPERCAINAL
Sunburn
When the sunburned potient calls for help . . . NUPERCAINAL* provides prompt and prolonged relief for many hours. This well-known local anesthetic ointment is available everywhere for use under your direction.
*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.
NUPERCAINAL
CIBA
CIBA
Pharmaceutical Products, Inc.
SUMMIT • NEW JERSEY



"Ojos" para los bombarderos

LOS aparatos estratégicos de observación del avión de bombardeo, fabricados por la Bausch & Lomb, permiten a las poderosas flotas de bombardeo de los Estados Unidos asestar con precisión fuertes golpes al enemigo.

De los candentes hornos de la Bausch & Lomb... de sus atareados talleres... salen los instrumentos ópticos que contribuyen a que los aviones de las Naciones Unidas vuelen ofreciendo seguridad y confianza a sus tripulantes, a fin de que sus misiones resulten efectivas: sextantes, gemelos, lentes fotográficos, anteojos protectores Ray-Ban e instrumentos de precisión secretos. En los frentes de combate y en las líneas de montaje de los talleres, los instrumentos Bausch & Lomb están desempeñando su parte para la consecución de la victoria.

Para nuestros clientes, la fabricación de estos pertrechos de guerra es la tarea más importante hoy día. Después de la victoria podremos suministrar a nuestros clientes los instrumentos ópticos de precisión y lentes oftálmicos Bausch & Lomb en las cantidades que acostumbraban a pedir.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

"eso es lo que yo quiero - **CEREVIM!**"



¡Porque sus vitaminas me harán más grande y más fuerte!

El éxito de Cerevim se debe a una modernísima fórmula que es superior como fuente de nutrición, minerales y vitaminas importantes, *cuyos componentes fueron seleccionados teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité de Alimentos y Nutrición del Concejo Nacional Investigativo de los Estados Unidos de Norte América.*

Cada gramo de Cerevim contiene las proporciones siguientes de los requisitos diarios mínimos publicados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norte América.*

	Tiamina	Riboflavina	Hierro	Calcio	Fósforo
Criaturas	.08	.06	.03	—	—
Niños:					
menores de 6 años .	.04	.01	.03	.01	.01
mayores de 6 años .	.03	.01	.02	.01	.01
Adultos:	.02	.01	.02	.01	.01
Mujeres embarazadas y lactantes	.02	.01	.02	.005	.003

* El equivalente numérico del requisito diario es 1.0. Las cantidades correspondientes por gramo se obtienen multiplicando esta cifra por la que aparece en el cuadro.

Los anuncios enviados por Lederle a los médicos y pediatras, mediante revistas y circulares apoyan su venta. Baste decir que es un producto Lederle, con un sabor muy apreciado por los chicos.

Especifique **Lederle**

LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Calle Salvador Brau, San Juan

Chemotherapy
OF THE PNEUMONIAS

Sulfathiazole exerts a pronounced and rapid bacteriostatic effect upon the most common causative organisms of pneumonia (pneumococci, hemolytic streptococci, staphylococci). It is not necessary to delay treatment of pneumonia until the laboratory report on sputum typing has been received.

In the vast majority of cases Sulfathiazole is administered by mouth; occasionally it is necessary to resort to injection. Only in certain circumstances is specific serum also indicated.

Write for booklet on Sulfathiazole which includes also a discussion on the treatment of gonococcus and staphylococcus infections.

HOW SUPPLIED

Tablets of 0.5 Gm. (7.72 grains), bottles of 50, 100 and 500. Also *primarily for children* tablets of 0.25 Gm. (3.86 grains), bottles of 50, 100 and 500.

Powder in bottles of 5 Gm., ¼ lb. and 1 lb.

Specify

SULFATHIAZOLE

Winthrop

Pharmaceuticals of merit for the physician



Distribuidores para Puerto Rico:

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

ALLEN 77 SAN JUAN, P. R. APARTADO 402

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXV | JUNIO, 1943 | Número 6

MODIFIED FRIEDMAN'S TEST FOR PREGNANCY

Preliminary Report

ROY J. STOKES, M. D. (F.A.C.S.) - JOSE ERNESTO ORTIZ, M. T. (A.S.C.P.)

St. Luke's Memorial Hospital, Ponce, P. R.

Pregnancy tests are by no means new in medicine. Zondek, in one of his works, reports that in ancient Egyptian times a woman was able to determine pregnancy by the following method: To a mixture of earth and barley a cup of her daily urine was to be added; if after a week there was no growth of the barley the woman was pregnant.

Modern research in pregnancy tests began in 1921 when Murati discovered the formation of Corpora Lutea in the ovaries of rabbits which had been previously injected with emulsions of placental, hydatiform mole and chorionepitheliomatous tissue. A year later, Evans and Long found that the intraperitoneal injection of mice with extract of the anterior lobe of the pituitary gland produced not only an increase in the size of the ovaries but also many Corpora Lutea. By the end of 1922, the specific action of the anterior pituitary hormone in the production of lutein cells was well established.

In the same year, Aschheim and Zondek found that the anterior pituitary hormone was easily demonstrable in the blood and urine of pregnant women and that this substance was eliminated in the urine because of the increased permeability and the low renal threshold observed in pregnancy. Knowing these facts, they originated the test which bears their name. Their technique calls for the subcutaneous injection of 5 white female mice with the following amount of urine: 0.2 c.c., 0.25 c. c., 0.25 c. c., 0.3 c. c., and 0.4 c. c. during 48 hours, the injections being done simultaneously in the five mice morning, noon and night. Five days after the first injection the mice are killed and autopsied. In positive cases the ovaries, which normally are the size of a pin-point, increase ten to twelve times, show Corpora Hemorrhagica and, occasionally, yellowish points which are corpora lutea.

The original test of Aschheim and Zondek was fairly popular with Obstetricians, Gynecologists and Laboratory Technicians for many years, but due to the fact that it was very difficult to procure white female mice the use of rabbits was advocated; the so-called Friedman Test. The marginal veins of the ear are used for the urine injection in this procedure. After 48 hours the rabbit is laparotomized and the ovaries explored for Corpora Hemorrhagica indicate of pregnancy.

The ideal animal is one which has a known background due to the fact that females on sexual contact ovulate and the ovary simulates the appearance of a pos-

itive test. In addition, ovulation has been known to occur even from the stimulation aroused by genital contact with the sides of the cage. Therefore, a false positive can be obtained in cases of rabbits which have not been separated or rarely even in those which have.

It has been suggested, therefore, that the only sure method is to examine the ovaries before and after injection. The objection to this has been that the rabbits often do not survive one operation much less the two necessitated by this procedure. We have been able to overcome this by using simple infiltration novocaine anesthesia in place of inhalation ether which has been the usual method and by a single abdominal incision instead of two separate ones thru both lumbar muscles. All rabbits have survived both laparotomies without ill effects or apparent discomfort.

In the 25 cases of this preliminary report the following technique has been employed: Segregated adult female rabbits are used (age is no factor) without any concern about their pedigree. A laparotomy is done using 1% novocaine infiltration, and the ovaries and uterus are examined. This serves as a control. If the ovaries and uterus look normal, the incision is closed using cotton No. 60 for the peritoneum and clips for the skin and fascia. Immediately 15 c. c. of urine is injected in one of the marginal veins of the ears and repeated in 24 hours. After 48 hours the original incision is reopened under local anesthesia, and the ovaries are examined for positive changes. Strict aseptic technique for the operaton is not necessary, and the trauma is so slight that five tests have been performed on one animal.

A morning specimen is preferable and the patient is cathetherized if possible. In order to get a urine with a good hormone concentration all fluids are eliminated 12 hours before obtaining the sample. If alkaline, a few drops of acetic acid are added to bring the reaction to approximately a pH. of 4. The use of preservative like Formol, Boric Acid, etc. is not advisable since this seems to interfere with the reaction. The urine should be at a temperature of 37.5 C. and injected slowly, using a needle gauge 26, 3/8 of an inch in length. The injection should be followed by one c. c. of normal saline thru the same needle. This serves to wash from the vein the irritating substances of the urine, which otherwise might produce occlusion of sclerosis prohibiting its further use.

This modification of the Friedman's test has the following advantages over the old technique:

1. Greater accuracy, since the first laparotomy serves as a control, thus avoiding doubtful results.
2. A report may be obtained in 36 hours.
3. Less expense since one rabbit may possibly be used for 4 or 5 tests.
4. Greater availability, as any female rabbit may be used.

In the 25 cases of this preliminary report there were 19 positive and 6 negative tests. Of the positive cases, 16 were normal pregnancies; two were ectopics, and one a case of menopausal syndrome which gave a false positive. A reaction of this type in the menopause is said to be due to a compensatory hypophyseal overaction in the presence of ovarian hypofunction and is unavoidable. The earliest positive test was demonstrated seven days after a missed period. In one case of ectopic pregnancy the positive reaction dissapeared one week after operation. Among the negative cases there were patients with

irregular menses, two cases of fibroid, and a lactating woman with morning nausea.

SUMMARY:

(1) A modified Friedman's technique is presented with a preliminary report on 25 cases.

CONCLUSIONS:

(1) This technique insures more accuracy by preliminary observation of the ovaries.

(2) Local Anesthesia can be used safely and satisfactorily.

(3) The method promises wider availability and less expense in employing this examination.

BIBLIOGRAPHY

1—*Zondek, B. Klin.* Wchnschr. 7, - 1404, 1928.

2—*Friedman,* and *Laphman.* American Journal of Obs. and Gyn. 21; 405; 1931.

3—*Friedman.* Journal Pharm. Exper. Ther. 45; 7; 1932.

4—*Ascheim.* Am. Jour. Obs. and Gyn. 19, 335; 1930.

5—*Davy* and *Nason.* 28; Page 186 Aug. 1934, Jour. of Obs. and Gyn.

6—*Davy* and *Sevringhaus,* 28, No. 6, Page 888, Dec. 1934, Am. Jour. of Obs.

INFORME DE UN CASO DE SINDROME DE VOGT-KOYANAGI

LUIS J. MONTALVO DURAND, M. D.

Juncos, P. R.

Este síndrome comprende los síntomas siguientes: uveitis con poliosis, vitílico, alopecia y disacusia.

El primer caso fué reportado por Vogt (1906) y el estudio completo del síndrome fué hecho por Koyanagi en 1929.

Recientemente, y con motivo de la publicación de un caso, el Doctor Honorio F. Carrasquillo de Utuado, P. R., en su trabajo titulado "Uveitis with Poliosis, Vitiligo, Alopecia and Dysacousia" hace un estudio muy bonito y muy claro de este síndrome.

Su etiología es desconocida. Por su distribución topográfica, aún cuando en Japón han aparecido el mayor número de casos, también se han informado casos en Estados Unidos, Méjico, Indias Occidentales, Europa, etc., y por lo tanto, es de concluirse que no tiene predilección.

La edad no es un factor determinante aunque la mayor parte de los casos oscilan entre los 30 y los 40 años.

Los factores condición social, consanguinidad, herencia, raza, sexo, etc., tampoco son factores decisivos y definitivos del síndrome.

La sífilis y la tuberculosis parecen tener cierta relación con la entidad clínica.

El síntoma más importante de la enfermedad es la uveitis bilateral no traumática acompañada de poliosis "encanecimiento prematuro", alopecia, manchas simétricas de vitílico y disacusia, síntomas estos que pueden presentarse antes o después de la uveitis.

En cuanto a la patogénesis de la enfermedad parece intervienen factores endocrinos, neuropáticos, parasíticos, degenerativos, tóxicos, psico-asténicos, etc., bien sea asociados o actuando independientemente.

El informe de mi caso tiene la importancia de tratarse de un paciente de 66 años, que según la anamnesis no ha sufrido aún la uveitis no traumática ni presenta trastornos auditivos aparentes.

Informe del Caso

V. M., varón, de 66 años de edad, casado, agricultor residente en el barrio Guardarraya de Juncos, Puerto Rico.

El padre murió a los 104 años; la madre murió a los 70 años. Ignora la causa de ambas muertes. Ninguno de sus hermanos padece de vitílico.

No recuerda haber pasado enfermedades de la infancia. Hace 30 años padeció una infección venérea: "dos caballos en el pene" que curó con curiosos. Nunca se puso Neo-salvarsán ni Bismuto, ni se hizo ningún examen de la sangre.

Cuatro años después de haber pasado la enfermedad venérea empezó a notar la salida de manchas simétricas de vitílico en los pies, huecos poplíticos, en la punta de ambos codos, en ambas manos, al lado derecho y al lado izquierdo de la cadera, en el pene, surco interglúteo y en los testículos.

Examen Físico:

Paciente tipo leptosómico, manco de la mano derecha y cojeando debido a padecimiento reumático agudo, dolencia que lo lleva hasta la consulta.

Las entradas de la cabeza son muy marcadas; hay calvicie tipo nido de ratón. Su cabello está encaneciendo.

Ojos: Arco senil muy marcado en ambas córneas. Cristalinos opacos. Visión disminuida para ambos ojos. Reflejo ocular a la luz y acomodación, normal.

Cardio-respiratorio: Corazón, a la auscultación se oyen extrasístoles muy espaciados. No soplos. *Pulmones*: Aparentemente normales. P. A. 170 - 110.

Vientre: Tumoraciones de grasa en el tejido celular. No hay percusión ni palpación patológica intra-abdominal.

Reflejos: Rotulianos - normales. Del tendón de Aquiles - normales. Extensores normales.

Romberg: Negativo.

Babinsky: Negativo.

Fluroscopia de Pecho: Pulmones bien. Corazón, hipertrofiado en su totalidad. Aorta, Aortitis aneurismática.

Fluroscopia antebrazo derecho: Fractura mal consolidada en tercio inferior de ambos huesos.

Extremidades inferiores: Movimientos algo torpes por reumatismo articular.

Piel: Manchas simétricas de vitílico en el lado dorsal de los dedos de ambas manos; ídem en el lado ventral de ambas muñecas; ídem en la punta de ambos codos; ídem en ambos pies dando la impresión de tener calcetines blancos. Así también se observan manchas de vitílico en el escroto donde se nota el fenómeno de poliosis; en el pene, y otra mancha en el surco interglúteo. Los huecos poplíteos están ocupados por manchas de vitílico, y en la región esternal se encuentra un lunar de canas, cuya línea de separación es nítida con el vello normal del tórax.

CONCLUSIONES:

Se trata de un caso de síndrome de Vogt-Koyanagi, atípico, de posible etiología luética.

REFERENCIA:

1—*Carrasquillo, Honorio F.*: "Uveitis with Poliosis, Alopecia and Dysacousia", Arch. of Ophthalmology, Sept. 1942, Vol. 28, pp. 385-414.

PRESIDENTIAL ADDRESS DELIVERED BEFORE INAUGURAL SESSION OF THE SECOND ANNUAL CONVENTION OF THE PUERTO RICO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, JANUARY 30, 1943.

MAJOR E. GARRIDO MORALES, M. C., U. S. A.

At no time in the history of our profession has there been a greater need for a complete and sound public health program than at the present moment when our nation is engaged with other democracies of the world in a war to determine if future generations are going to enjoy a government of self-determination, with freedom of religion, speech and press, or whether they are going to suffer under Totalitarianism. Healthy citizens make a strong nation, and victory is dependent to a large extent upon the availability of men who are physically, mentally and educationally able to work and to fight. War presents numerous problems which can be solved only through intelligent cooperation, careful planning, and above all willingness to sacrifice. Along these lines, public health workers play an important role in the promotion and conservation of health and the prevention of disease.

I believe there is no doubt that the armed forces of our country are composed of men with the highest qualifications, including excellent health. However, the health status of our civilian population, as reflected by the recent examinations conducted by Selective Service Boards, requires careful consideration in planning future public health programs, in order to avoid regrettable consequences. According to the records of the Medical Division of the Selective Service in Washington, D. C., fifty per cent of the registrants between the ages of 21 and 36 who were examined prior to May 1941, did not meet the requirements for general military service because of physical, mental or educational defects, and 25% were considered unsuitable for any type of military duty. Dental defects (20.9 per cent) was the principal cause for rejection, defects of the eyes (13 per cent) was the second cause, and diseases of the cardiovascular system were responsible for the rejection of 6.3 per cent, and the same proportion of selectees were rejected because of mental or nervous disorders. Only 2.9 per cent of the men were rejected because of diseases of the lungs, including pulmonary tuberculosis.

Although with the lowering of the standards for physical requirements, the percentage of rejectees has been lowered considerably, there is no doubt that this picture is a clear indication for the development of a sound program not only for the rehabilitation of a large number of men with correctible defects, but also for the expansion of our present public health programs.

It is true that many defects which caused the rejection of registrants for military duty do not prevent the normal performance of many civilian occupations. Furthermore, in some cases we do not possess sufficient knowledge of their etiology and factors leading to their causation to apply reasonably successful preventive measures. This is especially true in conditions such as dental caries, rheumatic heart disease,

and others where research is greatly needed.

Although a complete analysis of the causes for rejection among registrants in Puerto Rico is not available, we know that out of the men examined at one of our induction centers, 38 per cent were rejected for physical, mental or educational reasons.

Out of the total men examined during the last six months of the year 1942, 65% were rejected because they did not meet physical, mental and educational standards for Army duty. An analysis of the causes for rejection showed that out of the total number examined, 37 per cent did not meet the Army requirements of the minimum literacy test, and 23 per cent were found under the minimum allowable weight for height and age. Dental defects of a disqualifying nature were found among 8 per cent of the Puerto Rican group, as compared to 20 per cent for the continental. A positive serology was the cause for rejection of 4 per cent of the group examined, 4 per cent were found with defective vision, and 2 per cent with nervous or mental disorders. Cardiovascular diseases were found among 2 per cent of the registrants, and diseases of the lungs including pulmonary tuberculosis was the cause for rejecton of only 1 per cent.

Although the statistics presented for continental and Puerto Rican Selectees may not be comparable, for obvious reasons, it is evident that a large proportion of the men examined for Army duty in Puerto Rico were rejected primarily for educational reasons and failure to meet the minimum Army standards for weight. It is encouraging to note that the proportion rejected as a result of disease susceptible to preventive measures, particularly syphilis and tuberculosis, was low among the Puerto Rican Selectees.

Taking into consideration that the figures presented for Puerto Rico are provisional and that there are a number of factors which may influence the results, no definite conclusions can be reached until a more critical analysis is carried out of the available statistics.

A high population density, relatively low wages, considerable unemployment, together with a tropical environment, are responsible for considerable illness, especially among the indigent. Hookworm is widely prevalent in the mountainous districts where soil contamination is the result of inadequate sanitary facilities. Malaria incidence is exceedingly high, especially on the coastal plains bordering the island, where large mangrove swamps and extensive fields of sugar cane land are found. Inadequate diet is responsible for considerable malnutrition, which predisposes the organism to a number of diseases, particularly tuberculosis.

With inadequate funds, the Insular Health Department has been carrying out a program based on sound epidemiological principles in order to reduce to a minimum morbidity and mortality from the most important causes of illness.

Experience has demonstrated that the establishment of local health units under full time medical officers is perhaps the most effective means of bringing modern knowledge of preventive medicine before the citizens of a community, in order to correct public health problems. Organized county health work was started in the continental United States over twenty-five years ago by State agencies in cooperation with the U. S. Public Health Service and the Rockefeller Foundation. The program has been well accepted by State and County Medical Societies; and, after gradual train-

ing of competent personnel, notable progress has been made in the expansion of this important Government service.

The first Health Unit was organized in Puerto Rico during the year 1924 in the town of Río Piedras, P. R. By 1938, the entire territory of the island, covering seventy-seven municipalities, with an aggregate population of approximately two million persons, was served by this type of organization. In South American countries, this type of health organization is rapidly gaining prestige, and they are being gradually established in selected communities by local governmental organizations, with the cooperation of the Rockefeller Foundation.

Important public health problems in Puerto Rico have received special consideration, and specific programs for their control have been organized.

Epidemiological studies carried out by several investigators have revealed that disease and poverty are closely associated. This seems to be especially true where we deal with tuberculosis, where overcrowding in dwellings facilitates the spread of infection, and poor nutrition lowers the resistance and increases susceptibility to the disease. Tuberculosis for several years ranked as the first cause of death in Puerto Rico. While in practically every civilized country in the world this disease had a downward trend, in Puerto Rico previous to the year 1933 it showed a steady rise, demonstrated by average annual mortality rates of 170 per 100,000 population during the period 1910 to 1914, 201 in 1920 to 1924, and 295 in 1930 to 1934.

During the year 1934, an ambitious program which contemplated intensive case finding, especially among contacts of known cases, provision of one thousand additional hospital beds for the isolation of open cases, and intensive collapse therapy to ambulant patients, was formulated. During the first five years of this program, approximately 150,000 patients or their contacts were examined. These examinations included over 175,000 chest fluoroscopies, close to 100,000 x-ray plates of the chest, and approximately 125,000 sputum examinations. A total of over 300,000 pneumothorax insufflations were administered to tubercular patients. As a result of this intensive program, a reduction of 25 per cent in the mortality from tuberculosis was obtained during this period.

Because of the poverty of the large majority of the inhabitants in rural districts, approximately 40 per cent of their homes do not have sanitary facilities, as a result of which there is considerable contamination of the soil, with the consequent spread of hookworm, dysentery and other filth-borne diseases. The treatment of patients in hospitals and dispensaries is only a palliative measure, and experience has shown that the provision of sanitary facilities is the only effective measure for the permanent eradication of these diseases. During the period 1920 to 1930 the Insular Health Department, with the cooperation of the Rockefeller Foundation, carried out an intensive program of rural sanitation. During the last eight years, sanitary facilities have been provided free to approximately 60,000 rural homes through a cooperative project of the Insular Health Department and the Federal Works Project Administration.

There are two public health problems on the island, malaria and venereal disease, which are directly connected with our defense effort, because the excessive prevalence of these diseases among the civilian population is responsible for a high incidence among the armed forces of our country.

The incidence of venereal disease among

the general population varies in different sections of the United States, being higher among persons residing in urban districts because of the greater opportunities for infection. The incidence is also higher in the southern states, especially among colored persons, among whom it is not unusual to find incidence rates of between 30 and 50 per cent. In Puerto Rico, it has been found that approximately five per cent of the rural, and ten per cent of the urban population have a positive serology presumably of syphilitic origin.

Venereal disease, when not treated properly, may result in serious organic diseases to patients, especially among those suffering from syphilis which may develop crippling conditions of the circulatory and nervous systems, as well as of other organs vital for life. Approximately ten per cent of patients admitted to mental hospitals are suffering from some type of syphilis. Gonococcal infections of the eyes are responsible for a large portion of our blind. Up to June 30, 1940, the Veterans' Administration had expended over fifty million dollars in hospitalization and domiciliary care of cases with neurosyphilis and other types of venereal diseases. Over thirty million dollars were expended by this agency for compensation and benefits for venereal disease blind during the same period.

It is generally accepted that the principal source of venereal disease among military personnel is the infected prostitute. Studies carried out in Continental United States have revealed that from 60 to 75 per cent of prostitutes are suffering from venereal disease. In Puerto Rico, because of the ignorance and poverty of the large majority of girls and women engaged in this profession, the percentage is even higher.

Many persons in responsible positions advocate the segregation or regulation of prostitutes as the solution of venereal disease among the armed forces. Scientific knowledge and experience accumulated in the past have conclusively demonstrated that there is little difference between the attack rates among soldiers who have had contact with prostitutes who are periodically inspected, as compared with the attack rates among those who have contact with prostitutes not under medical supervision. In my opinion, the most important step in a venereal disease preventive program among military personnel is the repression of prostitution. Adequate laws have been passed by different states for the repression of prostitution. The enforcement of these laws is the responsibility of the Police Department, although recent legislation approved in Puerto Rico authorizes the Commissioner of Health to close houses of prostitution in the vicinity of Army reservations when in his opinion they constitute a menace to health. The commercial prostitute is the most important focus of infection, not only to the armed forces, but to the civilian population as well, and every effort should be made to eliminate them from the community. A coordinated program with the participation of Army, Navy, Public Health Service, Judiciary Department, and local authorities is necessary to achieve results. There has been a number of successful coordinated attacks against prostitution in several districts, as a result of which the venereal disease incidence among military personnel was maintained at a low level. During the year 1940, five counties in the State of Wisconsin were designated as a maneuver area. A progarm for repression of prostitution was outlined in which the Area Surgeon, Public Health Service, State and local health officials, Police Department, judges and mayors partici-

pated. Only 78 cases of venereal disease were admitted to the hospital among 60,000 troops engaged in the maneuvers, and of this number 74 contracted the infection prior to arrival at the maneuver area. A similar effort was made in Caguas during the latter part of November and the early part of December 1942; and, although the number of prostitutes isolated was not large because of the lack of hospital facilities, the venereal disease incidence rate among troops stationed at a camp in the vicinity of this city was reduced by 75 per cent.

A successful venereal disease program to protect the armed forces must provide for the follow up of every source of infection, together with adequate diagnostic procedures, especially for early infectious cases, through dark field examinations. Isolation facilities, together with an energetic policy of repression of prostitution by the Police and Judiciary Departments, are essential features of any program.

With funds provided by the La Follette Bulwinkle Act, together with an appropriation of the Insular Legislature, the Insular Health Department organized a venereal disease program during the year 1938. A Venereal Disease Bureau, under a full-time Medical Officer and two field epidemiologists, was created to direct and supervise the work.

On July 1, 1942, the Health Department had in operation 57 Venereal Disease Clinics, attended by part-time physicians, public health nurses, social work aides and clerks. A total of 46,682 patients, out of which 17,218 were new cases, received treatment at these dispensaries during the last fiscal year. Out of 15,425 patients who dropped their treatment, 9,325 were reinstated to the clinics after 22,396 home visits by social work aides. Out of 40,077 contacts registered, 12,615 were examined with the result that 2,929 were found infected, and of this number 2,515 were registered for treatment.

A total of 513,910 serologic tests, 1,719 dark field examinations, 1,569 G. C. cultures and the examination of 32,128 smears for gonococcus were a part of the venereal disease program.

Out of the total patients registered in the clinics, 3,334 were women of low moral character. One detention hospital for the isolation of approximately 200 cases of this type of patient was opened in the city of Caguas, and a ward for fifty patients was opened in a contagious disease hospital. Federal funds have been requested for the operation of two or three additional isolation hospitals.

Serologic tests performed among 20,248 Selectees revealed 2,260 positive Kahn or Kline reactions. Out of those with a positive serology, 901 reported for treatment at the venereal disease clinics of the Insular Health Department in order to restore themselves to service with the armed forces.

Although I believe considerable progress has been made in the venereal disease program, on this island the problem is complicated by social and economic conditions which render control measures extremely difficult.

A sound knowledge of the epidemiology of malaria is an indispensable weapon of every Army officer, particularly of those stationed in tropical and sub-tropical climates. This illness has been responsible for the defeat of several armies, and ranks high as a cause of disability especially among combat troops stationed in endemic areas. It is reported that the British had at least 30,000 men attacked by this disease during the year 1916 in the last World War, 70,000 suffered from it in 1917, and approximately 25,000 were taken out of the

theater of operations and repatriated during the year 1918 on account of chronic malaria. The armed forces from other nations had a similar experience.

Although with the exception of a few areas malaria is not a problem among the armed forces on the continent, this disease ranked as the first cause of noneffectiveness during the year 1942 among troops stationed on this island. Primarily for reasons of military strategy, many Armed camps in Puerto Rico have been located where anopheles breeding is heavy, and the malaria incidence among the civilian population is high. The engagement of troops in highly endemic districts, has been an important factor contributing to the high prevalence of the disease among enlisted men.

The flight range of the anopheles mosquito in Puerto Rico is approximately two miles. Although three species have been reported on the island, namely albimanus, grabhamii, and vestitapennis, both experimental and epidemiological evidence seems to indicate that A. albimanus is the most important vector of the disease.

Anopheles control in the vicinity of Army posts is the responsibility of the U. S. Public Health Service, with the exception of the treatment of patients and gametocyte carriers among the civilian population, which is being carried out by the Insular Health Department.

In locations where there are concentrations of troops, the U. S. Public Health Service is carrying out temporary control measures by the use of larvicides and other minor drainage operations until the more permanent control work, is completed and a significant reduction of the anopheles density is obtained within a two mile radius of Army posts.

The anopheles problem varies at different localities. In some districts, extensive marsh and swamp areas, together with large wet fields of sugar cane, are responsible for the major portion of anopheles breeding; while in other districts pasture land with considerable seepage and various water courses, including rivers, brooks and ditches, are important breeding areas.

Approximately two years ago a project sponsored by the Insular Health Department for the permanent eradication of anopheles breeding in the vicinity of Army posts was approved by the Works Progress Administration. The project contemplated the expenditure of $423,881 for the permanent elimination of anopheles breeding within a two mile radius of these Army reservations. During 1942, a second project sponsored by the Insular Health Department and the U. S. Public Health Service, providing for an additional appropriation for the continuation of permanent malaria control activities on an island-wide basis, was approved by this agency. As a result of this work, notable progress has been made in the permanent elimination of anopheles breeding in the vicinity of several Army reservations.

Protection of the troops against mosquito bites by screening, insecticidal sprays, mosquito bars, the use of head nets, gloves and repellents by night guards, and the follow-up treatment of gametocyte carriers among military personnel has been a major consideration of the malaria control program carried out by the Army in Puerto Rico during the past. In view of the large number of breeding areas in the vicinity of several military reservations where adequate treatment with larvicides is practically impossible, measures directed against the adult mosquitoes are of paramount importance until the anopheles density within a two mile radius in the vicinity of Army posts is reduced to a safe level

either by temporary or permanent control measures.

Experience has conclusively demonstrated that malaria incidence can be reduced to a reasonable level, in spite of a relatively high anopheles density, if approved methods against the adult mosquito are carried out properly. During the year 1941 extensive anopheles breeding areas were created in the vicinity of a post, as a result of hydraulic fill operations. These areas, together with heavy breeding in a large swamp and sugar cane fields located within a two mile radius of the reservation, made larval control extremely difficult.

Beginning in 1942 screens were provided for troops living in unscreened quarters, doors were adjusted and provided with adequate springs, old screens were repaired, spraying with pyrethrum was started, the treatment of gametocyte carriers was enforced, guards were inspected to encourage the use of head nets, gloves and repellents, inspections were made at night to see that men were sleeping under mosquito bars. Organizations were rated once a month for their mosquito control discipline, to encourage unit commanders in their work. As a result of this program, the average monthly incidence rate among troops at this reservation was reduced to 50 per 1000 strength for the period September to December 1942, as compared with rates of 213, 137 and 273 for the same period during the years 1941, 1940 and 1939 respectively. It is of interest to note that while one post was responsible for 31 per cent of the total cases reported by the entire Puerto Rican Department during the year 1942 and for 38 per cent of the Department cases registered during the first eight months of the same year, this post contributed only 18 per cent of the cases reported by the Department during the period September to December 1942. Since there was no significant reduction in the anopheles density at this post during the entire year of 1942, it is evident that the aggresive program for the protection of the troops against the bite of infected mosquitoes initiated during the month of July was an important factor responsible for the low malaria incidence at this reservation during the last four months of the year 1942.

Malaria results in a great deal of non-effectiveness among troops, and repeated attacks of the disease lowers the resistance of soldiers and impairs their efficiency. When properly treated, the disease has a relatively low case fatality, except in a number of massive falciparum infections, especially among patients with other serious organic concurrent disease.

Drug prophylaxis has been advocated for the prevention of malaria. Experimental evidence, as well as observations on the field, indicate however, that quinine, atabrine and plasmochin when taken in prophylactic doses do not prevent infection, but only suppress the symptoms of the disease. A large number of persons stationed in hyperendemic areas who have taken drug prophylaxis have developed the disease several days after their return to a non malarious district and drug therapy was stopped.

The use of drugs in prophylactic doses among troops should be limited to periods of maneuvers and in theaters of operation among combat troops located in endemic areas, and in districts where the anopheles density constitutes a menace to the health of the troops because of the impossibility of effective control by other accepted methods.

In planning a malaria control program for troops stationed at a permanent post

in Puerto Rico the following information is required:

a. Prevalence of the disease among persons living in a radius of two miles of the reservation. This can be determined by three methods, namely: History Index, Splenic Index and Parasite Index. Careful histories, spleen examinations and blood specimens should be made of a representative group of the inhabitants in order to determine the malaria prevalence in the community.

b. Anopheles density. Mosquito baited traps should be located inside the camp and within a two miles radius, and weekly catches made in order to determine the density of adult mosquitoes.

c. A careful survey of all breeding areas within the post and a radius of two miles outside the reservation should be carried out by a competent entomologist or malariologist.

After such a study has been carried out and observations made during a reasonable period of time, plans are prepared for the elimination of anopheles breeding, either by temporary or permanent control measures, or both. The control of anopheles in its larval stage may be temporary by the use of oil or Paris green dusting, elimination of vegetation in water courses and minor drainage operations; or by permanent methods, including filling of low areas and drainage of breeding places. Time does not allow me to discuss the relative value of different methods of malaria control and besides, this is a subject which a malaria Engineer can present better to you than a medical officer.

In order to coordinate malaria control activities and to advise Post Commanders in the preparation of projects for the permanent eradication of anopheles breeding, both intra and extra cantonment, a Department Malaria Control Board has been created in Puerto Rico with the Department Malaria Control Officer acting as its chairman, and representatives from the U. S. Public Health Service and the U. S. Army Engineer Office.

There is urgent need for a careful study of this problem by members of the medical profession, in order that a satisfactory plan may be worked out to improve the present resources for the medical care of the underpriviledged.

In communities like Puerto Rico, where a large majority of the people do not earn sufficient wages to provide themselves with food, shelter and other essentials of civilized persons, medical care has to be a responsibility of the Government. Every man, woman and child in a democracy must have the opportunity to enjoy the virtues of this type of Government, and adequate medical care is one of the essentials of life. Until recently the people of this island were not receiving hospital care compatible with modern medical knowledge and practice. This care was furnished through Municipal Hospitals which lacked the necessary equipment and trained personnel required to provide medical treatment in accordance with approved medical standards. With the construction, equipment and operation of a series of District Hospitals for the medically needy on the Island, Puerto Rico has made an important contribution, not only to the betterment of local medical practice, but also to the relief of accumulated human suffering. However, what has been accomplished is but a step in the right direction, and there is great need for the expansion of the present program to meet the needs of the entire population. Only the highest standard of medical practice should prevail in these District Hospitals,

as the maintenance of high standards in these institutions will serve as a guide to the local medical profession.

After having fulfilled my duties at this meeting as President of this great Association, I wish to extend my cordial greetings to all its members and to this distinguished audience, and to express a sincere wish for the success of the President Elect who will conduct the activities of this Association during the coming year.

In the three years following the last war more people died from famine and preventable disease than were killed in the war itself, hence the importance attached to the present organization of post-war relief. The principal regional medical officer, British Ministry of Health, holds that the lives and health of millions in Europe as well as the physique and welfare of a generation to come depend on how well this preparatory work is done. He visualizes four principal problems —the provision of food, the supply of medical necessities, the control of such diseases as typhus, malaria, tuberculosis, and dysentery, and the reestablishment of the medical, hospital, and public health services in each country. Ed. Jour. Royal Inst. Pub. Health & Hyg. Mar., 1943.

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. P. MORALES OTERO EN LA SESION INAUGURAL DE LA SEGUNDA CONVENCION ANUAL DE LA ASOCIACION DE SALUD PUBLICA DE PUERTO RICO

Señor Presidente, miembros de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico, señoras y señores:

Me siento altamente honrado con que se me haya deparado esta coyuntura para dirigir un cordial saludo a los miembros de esta Asociación y de manera especial a ustedes los que por vivir fuera de la Capital y venciendo las dificultades de transporte en estos momentos, han acudido a celebrar este acto.

Cuando se celebró la última Asamblea todavía nuestra nación no había entrado en la guerra; poco tiempo después ocurrió el ataque a Pearl Harbor. El hecho de la guerra significaba que nuestros problemas de salud pública habían de agudizarse, y que nuestros esfuerzos en pro de la salud y el bienestar de nuestra comunidad tendían a redoblarse. En el momento actual, el número de desempleados es mayor y el problema de la alimentación de nuestra población es de más complejidad, por haber aumentado nuestra población con el contínuo afluir de tropas procedentes de otros territorios del continente, a las cuales hay que mantener saludables, instruídas y listas para entrar en acción.

Nuestra asamblea tiene, pues, este año mayor significación e importancia que la anterior, y nuestros esfuerzos tendrán que ser dirigidos a enfrentarse con los acontecimientos que se desarrollan en este momento de urgencia. Debo insistir en un aspecto de las actividades de esta Asamblea que yo considero de vital importancia, y es la oportunidad que se nos brinda ahora para que, con espíritu de cooperación y compañerismo, intercambiemos nuestras observaciones sobre los resultados obtenidos en nuestras investigaciones en el terreno de la sanidad pública. No se trata sólo de dialogar agradablemente entre compañeros profesionales que practican la misma labor y profesan los mismos ideales; sino también que, en el momento necesario y oportuno, se repartan unos a otros los beneficios conseguidos con la labor realizada. La consideración fundamental que nos guía es la salud de la comunidad, y en nuestro empeño por mejorarla encontramos la razón de nuestra existencia. El hombre en su luchar por la vida, se aproxima a la perfección conforme progresa en sus esfuerzos por mejorar a la humanidad entera.

Si bien nuestro propósito inmediato es vencer en esta guerra y establecer un orden de paz permanente, nuestro objetivo último —nuestro ideal— habrá de ser mantener la seguridad social de tal modo que todos los conciudadanos en esta isla puedan disfrutar de una norma de vida más elevada.

Deseo felicitar a todos los que componen esta Asamblea, de la cual, sin duda alguna, habrán de deducirse provechosas enseñanzas, dilucidarse los mejores métodos de trabajo, en que todos habremos de recibir inspiración y ánimos para nuestra labor común, cuando nos enfrentemos con nuestros complejos problemas de salud pública.

ADDRESS DELIVERED BY DR. JOSEPH BOLTEN AT THE INAUGURAL SESSION OF THE SECOND ANNUAL CONVENTION OF THE PUERTO RICO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

Mr. Chairman, Members of the Puerto Rico Public Health Association, Ladies and Gentlemen:

May I thank you for the privilege of being here with you tonight participating in your program. As you may be aware, I am greatly interested in public health in general and particularly in public health in Puerto Rico. With the Military forces now engaged in a struggle for the existence of democracy, public health takes on a newer and greater meaning than formerly. Our activities must now be geared higher and we must accomplish in a very short time what normally takes a good many years.

Public health is purchasable but at an enormous cost. To do so, one must have an organization and enthusiastic and inspired workers. In the past, public health was purchased at the expense of blood and tears as shown by the number of deaths from plague —yellow fever, smallpox, diphtheria, etc. (all diseases which are preventable). Now we are able to put our organization and our money to work before we reap too bloody an harvest.

One of our public health duties is to see that the minima of standard health precautions are met by their communities. This minima should include safe piped water available day and night, adequate sewerage and competent health supervision. Such supervision will require medical health officials, public health nurses, engineers, bacteriologists and others, and it is up to this organization to demand of their government that they be given the best. With a sound health organization we can look forward to levels of health and well being as yet undreamed of.

With adequate planning the major problems on this Island, as I see them, that need attention are as follows: Adequate and safe water supplies for the cities with extension to the country areas; adequate sewage disposal, control of malaria and venereal diseases, and improvement in general sanitation including milk. The minor problems are the control of diphtheria, typhoid fever, and diarrheal diseases. With a betterment of the major problems there is a concomitant improvement in the minor diseases. Closely interwoven with these problems is the constant factor known as the economic status of the people, which must never be lost sight of in planning for the control of any of these problems.

As an organization you can render considerable assistance to the Insular Health Department by suggestion, resolution and action. As individuals you can bring pressure to bear on the Legislature for needed reforms in general and specific ones in your own community.

In closing I want to emphasize the following, "Don't let this organization exist only for this annual meeting. Make it function daily and continuously through your committees and other means at your disposal."

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL SR. JAIME BENITEZ, EN LA CONVENCION ANUAL DE LA ASOCIACION DE SALUD PUBLICA DE PUERTO RICO

Señor Gobernador, señoras y señores:

Tengo muy poco que decir —casi nada— ante este Segundo Congreso Anual de la Asociación de Salud Pública. La mayor parte de los problemas que ustedes han de examinar y resolver envuelven cuestiones técnicas de medicina, de ingeniería sanitaria, de hematología, de nutrición. Estos temas rebasan el marco de mi competencia. En esta zona pericial estoy, conjuntamente con más del 99 por ciento del pueblo de Puerto Rico, a la merced de ustedes, lo cual es una manera de decir que tienen ustedes, pesando sobre sus hombros, una tremenda responsabilidad. La responsabilidad que, desde los tiempos primitivos, recae inexorablemente sobre los poseedores de un conocimiento excepcional: la responsabilidad de conseguir que ese conocimiento rinda fruto. El talento encerrado o malgastado es en Puerto Rico, al igual que en el relato bíblico, un pecado imperdonable.

Ustedes son, sin lugar a dudas, las personas que más saben en Puerto Rico de salud pública. Por lo tanto, ustedes son, también sin lugar a dudas, las personas que más responden ante los puertorriqueños, que sufren, se enferman y mueren, ante la propia conciencia y ante Dios, de que esos servicios rindan la plenitud de sus potencialidades.

Esa responsabilidad no es exclusiva. El gobierno, las clases profesionales, los órganos de opinión pública, la escuela, en realidad todos, venimos obligados a colaborar. Pero el liderato y la iniciativa es antes que de nadie de quienes tienen la máxima preparación, esto es, de ustedes. Ejerciten sin descansar ese liderato y esa iniciativa. No les queda a ustedes más remedio. Ni a nosotros, en todos sus sentidos.

Tampoco tengo mucho que decir con referencia a los fines generales de esta Asociación. Fomentar la salud pública; poner en estrecha colaboración las personas relacionadas circunstancial o profesionalmente con los asuntos sanitarios; estimular su progreso científico; ayudar a propagar los conocimientos higiénicos; impulsar la adopción de medidas legislativas en interés de la salud pública; prestar auxilio voluntario en épocas de calamidad o miseria, son, según reza el preámbulo de sus estatutos, los objetivos fundamentales de la Asociación de Salud Pública. Estos objetivos corresponden a una nueva perspectiva social. Todos sabemos —y ustedes que dedican su vida a este menester lo saben mejor que nadie— que el énfasis principal de los servicios de salud pública es el de anticiparse a la enfermedad, previniéndola, en vez de aguardar a que surja para curarla luego. Es claramente preferible atacar los focos patogénicos fuera del cuerpo humano —las aguas contaminadas, la dieta nociva, los animales conductores, los manglares infectos— a esperar que el veneno de los focos de infección haya penetrado en la carne del hombre para entonces tratar de combatirlos allí.

La política de saneamiento preventivo es tan deseable, eficaz y económica que hoy nos causa asombro notar la lentitud con que este recurso se apodera de la conciencia colectiva. La medicina preventiva como función social es una conquista de fines del siglo XIX. Lo mismo es cierto de la

prevención de crímenes, de la prevención del desempleo, y de múltiples otras actividades similares. La verdad es que la sociedad tiene mucho menos imaginación de lo que generalmente se supone. Con frecuencia la solución de nuestros problemas colectivos tiene que darnos y volvernos a dar por mucho tiempo en las narices, antes de que la veamos y caigamos en cuenta. Por ejemplo: Puerto Rico, falto de alimentos y rodeado de mar, no ha sabido para remediar su hambre y aprovechar su mar, desarrollar una industria de pesquería. U otro ejemplo: el hombre cristiano y democrático de América compró y vendió a sus semejantes públicamente y sin escrúpulo alguno hasta hace escasamente 70 años. O tomemos un ejemplo más al caso nuestro: Puerto Rico, sobrepoblado, hambriento, aislado, con una población cuyas familias en su 90 por ciento tienen una entrada menor de $500.00 al año, según el informe de 1941 del presidente saliente de esta Asociación, ha necesitado desde siempre una vigorosa política de saneamiento preventivo. Sin embargo, esta política sólo ha empezado a desarrollarse en los últimos tiempos. Es que las renovaciones sociales no surjen en el punto en que se necesitan, sino cuando, además de necesitarse, está maduro el clima cultural para ellas.

Pues bien, el clima está más que maduro ya para una vigorosa política sanitaria en Puerto Rico. Estoy convencido que, querámoslo o no, esta política preventiva ha de ampliarse en los años que se avecinan. La conciencia de su necesidad ha madurado ya y las exigencias de la vida moderna no permiten otra alternativa. Dentro de esa complejidad, sólo la sociedad previsora que sabe anticipar las calamidades en su fuente de origen tiene posibilidades de sobrevivir. Con nuestra isla bloqueada y en guerra, se acrecientan más todavía las necesidades colectivas y se intensifica más también la necesidad de acción conjunta en todos los frentes. Acción conjunta. Acción conjunta. ¿Cómo atreverse uno a hablar de acción conjunta en esta isla, trabajada por las tensiones más contrarias, minada de rencores, de estrecheces, de suspicacias; en esta isla en franca insolidaridad social? Y sin embargo, yo tengo para mí que en el fondo del alma de todos los grupos puertorriqueños, oculto bajo discrepancias superficiales y a fin de cuentas sin importancia, hay un vivo deseo de colaborar. No podrá ser de otra manera. Despnés de todo, el mundo se despedaza delante de nuestros ojos. En momentos de esta magnitud, el hombre sólo se salva mediante la generosidad.

En mi breve gestión como Rector de la Universidad he tenido la fortuna de lograr la colaboración de personas de los grupos supnestamente más hostiles.

En mi breve gestión como Rector he tenido hasta la fecha la fortuna de recibir la ayuda general. He llamado a la colaboración a personas que en el pasado han diferido violentamente de mí. He reclamado los servicios para la Universidad, sin compensación adicional alguna, de profesionales sumamente atareados en otras empresas. He duplicado el trabajo sin aumentar el sueldo de varios de nuestros empleados. En la inmensa mayoría de los casos, la cooperación ha sido espontánea, generosa, magnífica. Estoy seguro que así como en el caso de la renovación universitaria la gente en derredor ha sabido interesarse por ayudar hasta el límite, así también en el caso de la prevención sanitaria, esta Asociación sabrá reclamar y obtener absoluta cooperación pública. Por nuestra parte estamos dispuestos no sólo a pedir sino a dar cooperación también.

Nuestro interés por el problema de la sanidad en Puerto Rico no se limita única-

mente a nuestra Escuela de Medicina Tropical, orgullo de la casa universitaria y centro — esperamos — de acrecentadas aportaciones en el campo de la salud pública y de la medicina. Ese interés se extiende a nuestras demás divisiones. La Universidad de Puerto Rico mantiene un curso de estudios premédicos; dota a varios estudiantes anualmente para que estudien medicina y, además de eso, examina en estos momentos las posibilidades de establecer bajo sus auspicios una escuela profesional de medicina. Nuestra escuela de servicio social tiene como uno de sus preocupaciones fundamentales el problema de la salud pública.

En mi reciente visita a Estados Unidos impuse a las autoridades federales de nuestra preocupación por los servicios médicos y del deseo de la Universidad de establecer entre sus cursos un bachillerato en ciencias de enfermería.

El nombramiento del Dr. Joseph Axtmayer como Decano de Ciencias en el Colegio de Agricultura y Artes Mecánicas de Mayagüez y Vicerrector de la Universidad respondió en buena parte a nuestro deseo de prestar atención especialísima a los problemas de la nutrición puertorriqueña, en los cuales —como es notorio— el doctor Axtmayer es el gran especialista puertorriqueño. En los presentes momentos el doctor Axtmayer estudia la posibilidad de establecer en Mayagüez, en colaboración con la Escuela de Medicina Tropical, un curso de ingeniería sanitaria. Nuestras misiones culturales difundirán por los campos de Puerto Rico enseñanzas básicas de higiene, salud pública y dietas.

Aparte de estas actividades nuestras, por encima de ellas, dándole sentido y vitalidad, existe entre las juventudes universitarias una honda conciencia de responsabilidad social; una vehemente disposición a servir en todas las empresas que puedan hacer más llevadera la dura vida del isleño pobre. La conciencia de esta voluntad de servicio que palpo día tras día en la Universidad es lo que me ha traído aquí esta noche. He venido simplemente a decirle a la Asociación de Salud Pública que no está nada de sola en su interés por atacar en su raíz las enfermedades que minan a nuestro pueblo. En ese propósito puede contar, desde luego, con la colaboración desinteresada y constante de la Universidad de Puerto Rico.

CURRENT NURSING PROBLEMS AND NEEDS IN PUERTO RICO*

ELENA BONILLA, R. N.**

I think that perhaps most of us are aware that included in all of the numerous problems of the island, there exists a problem of nursing. Also that, in addition to having a definite shortage of nurses in Puerto Rico, many of the nurses we do have are inadequately prepared and do not meet the standards of the National League of Nursing Education. However, to really understand what some of the basic nursing needs and problems are in Puerto Rico, it is necessary to make a critical analysis of our situation as it now stands. We must frankly acknowledge wherein lie our weaknesses and attempt to formulate some plan by which they can be corrected. The well prepared, thinking nurses of Puerto Rico understand this grave responsibility which has been placed upon their shoulders. They recognize that much has been accomplished, especially in the last 10 years, but they also realize that grave problems still confront them. In the following report they have tried to present the nursing situation in a fair and impartial manner.

1) We need more nurses.—In Puerto Rico at the present time we have approximately 1300 graduate registered nurses. We need 6000 nurses to equal the standard in the United States, where even the number of nurses is insufficient. Not only is our total number deficient, but, if we compare, we find the rate of production is three times greater on the Continent than on our Island. If the number of nurses graduating each year in Puerto Rico continued at its present level, it would take us over 40 years to attain our goal of 6000 nurses assuming that none of the nurses died or left the professional field and there was no increase in the population. As a result of our shortage of nurses, our hospitals are understaffed and we have an insufficient number of nurses in the public health field. The latter is especially unfortunate since the inability to secure adequate medical and nursing services in hospitals creates an even greater demand for more public health nurses. Besides more nurses:

2) We need better nurses. Some of the important considerations for the betterment of nursing are as follows:

a) We must have a better selection of prospective candidates. Many times the choice of students is based on a misconception of nursing as a profession, therefore, students coming in lack the personal qualities, aptitudes, and intellectual ability essential in a good nurse. Part of the problem of recruitment is related to nurses' salaries.

b) We need better salaries for nurses.— It is discouraging for a young woman to spend time and money in preparing herself as a professional nurse if on graduation she finds she can earn only $40 or $50 a month. This is now the salary of general duty nurses in most of our hospitals.

c) We need more nursing instruction including the practical phases. The number of hours in most of

* Read at a meeting of key people in Puerto Rico in the interest of nursing education and nursing service, March 4, 1943.

** President, Puerto Rico Nurses Association.

our schools is insufficient, according to standards of the National League of Nursing Education.

d) We need better laboratory facilities.— There is no school on the island which has laboratory facilities wholly adequate for nursing arts and for the numerous science courses which form an integral part of a nurse's training.

e) We need better trained faculties. In order to direct nursing school, a director should possess at least a Bachelor's degree. Instructors should have special nursing education and professional preparation. Supervisors and head nurses clinical and assistant clinic instructors need post-graduate courses as well as practical experience. Lack of intelligent supervision often detracts greatly from the education value of the student's nursing experience. We admit that few of our schools have well prepared faculties.

f) We need shorter working hours both for students and graduates. Even graduate nurses cannot give their best service when regularly working over 48 hours a week. Students, with their added burden of home work, are even less able than graduate nurses to withstand long hours of service. Excessive hours on duty are detrimental to efficient service, effective training and good health. Few schools in Puerto Rico adhere strictly to a 48 hour duty schedule.

g) We need better living accommodations for nurses.— Nursing authorities agree that each nurse needs a room to herself; that every nurse's home, if it is to be a home, should include a living room, library, recreation room, sewing room, kitchenette, laundry and adequate sanitary facilities. No school on the Island is at present fortunate enough to possess a nurse's residence with all these facilities. Not only must better living arrangements be available, but an adequate diet is essential. In many schools, graduates and students are definitely undernourished.

h) We need, here on the Island, opportunities for advanced work in nursing.— At present any nurse who wishes to further her professional preparation has to go to Continental United States whether her interest be in Nursing Education, Administraton, Clinical Fields or Public Health.

i) We need a fully staffed Board of Nursing Examiners.— At present we have only one full-time employee on our Board, whose salary ($100 a month) is inadequate. Due to limited personnel and inadequate financial backing, the Board of Nursing Examiners is unable to carry out the functions for which it was created by law.

The foregoing are by no means all of the problems adversely affecting nursing in Puerto Rico, but it is believed that they constitute the ones which must receive first attention. Briefly, what we have outlined today can be summed up in two statements:

1. We need more nurses
2. We need better nurses.

SOME PRESENT PLANS FOR THE SOLUTION OF THESE PROBLEMS BY NURSING PROFESSION*

ISOLINA RAMIS, R. N.**

The nursing profession at present does not have a definite answer to all of these problems. Obviously the solution to many of them lie in social and economic factors over which we as a group have little control. However in respect to some of the points mentioned there have been definite plans made and specific action started.

1) For instance in relation to *increasing the number of nurses*: During the past year several schools have increased the number of nurses admitted over what the number was the year previously. There are also plans being made at this moment for increases during the present year through the admission of an additional spring class in some of the schools. However this increase will not give us the rate of nurse production that the situation requires. Much must still be done to fully develop present facilities in the schools of nursing and to explore the possibility of utilizing some unused facilities.

2) *Improving the quality of nurses through*:

a) *Better selection*—A Committee on Recruitment has been formulated whose members have already been active in contacting some of the high schools and private schools for the purpose of stimulating suitable candidates to enter the nursing field. This job of stimulating the interest of well qualified candidates for nurse training has only begun. We feel that success in this direction will depend to a great extent upon the interest and support of all civic and educational groups.

b) *Improvement in the curriculum in nursing schools.*— The Board of Nurse Examiners has been active in this phase and through making written recommendations to schools which do not come up to standard, has achieved some improvement. At the present time the Board has made plans to close the schools which do not provide a reasonable number of hours of class work or make other necessary changes in their training program. Of course all of the Directors of Schools of Nursing are constantly striving to make whatever improvements their budgetary provisions will allow.

c) *Improvement of laboratory facilities.*— Although this deficiency is a very difficult one to overcome, several directors of schools of nursing have included laboratory facilities in their budgetary proposals for the coming year. Whether or not they will be successful is another question but at least proper effort is being made.

d) *Better trained faculty.*— The directors of the better schools of nursing are constantly working toward this end. During the recent nursing convention in Ponce plans were formulated to secure names of nurses on the island who might be eligible for post-graduate

* Read at a meeting of key people in Puerto Rico in the interest of nursing education and nursing service, March 4, 1943.

** Member, oBard of Directors of the Puerto Rico Health Association.

work in the States. These plans are now going forward and colleges are being contacted regarding the possibility of securing scholarships. The plan being that the nurses would return to Puerto Rico at the completion of their program in the States to accept a responsible position in nursing education.

e) *Better salaries.*— Recognizing that low salaries are a deterrent to the securing of good candidates for schools of nursing and retaining of qualified personnel, the Committee on Legislation has been active in this respect for some time. They already have secured through legislation, an increase in salaries for insular public health nurses and nurses in sanatoria. At present the committee plans to present to the Legislature a proposed minimum salary schedule for nurses employed by the Insular Government. It is hoped that if they are successful, such a salary scale will serve as a stimulus to other institutions in the raising of nursing salaries in general. Salaries, for the most part however would not be secured thru legislation but thru education.

f) *Post-graduate training.* — The public health nursing group, during the recent meeting of the Puerto Rico Public Health Association, made definite recommendations to re-establish the post-graduate course in public health nursing previously conducted at the School of Tropical Medicine. Also at the present time the Teaching Center of the Insular Dept. of Health at Río Piedras is reorganizing their training program for public health nurses and soon will have an in-service-training unit established.

Individual schools are also planning to send some of their outstanding graduates to the States for post-graduate work. In addition there are at present plans for the training of an orthopedic nurse and a nurse physiotherapist. Nursing educators and administrators are constantly encouraging nurses to complete their high school work or to take some type of post-graduate work at their own expense.

General Activity:

At the last annual meeting of the Nurses Association in Ponce perhaps one of the most important happenings of the year, as far as nursing is concerned, was the plan made for the organization of a local League of Nursing Education here in Puerto Rico. This through its affiliation with the National League of Nursing Education, will make possible, guidance and assistance to nurse educators and administrators in many of their technical problems. For instance it may assist the Board of Nurse Examiners in the formulation of objective tests for nurses: it will make available to its members the various publications relative to recommended standards to be used in schools of nursing and provide expert advice regarding specific problems.

In conclusion I might say that the interested well prepared nurses of Puerto Rico are trying earnestly to elevate nursing

standards and to raise the status of nursing to a professional level. They realize, however, that this is not a job for the nursing profession alone —that they need the help and assistance of every civic minded citizen in Puerto Rico in order to effectively cope with some of the problems presented here today.

The lesson taught repeatedly in the study of tuberculosis will probably one day be found equally true of other conditions. Basically a bacterial infection, this disease, lies dormant only to flare up violently when the barriers raised by adequate nutrition are broken down. Denmark's experience in the last war was a classic example of the relationship between food and this disease. A thirty per cent rise in the mortality from tuberculosis occurred in 1916-17; a similar rise was noted in the belligerent countries and in Holland, continuing to the end of the war. In Denmark, however, after a blockade that prevented the export from that country of foodstuffs — chiefly meat, fish, butter, and milk— there was a prompt fall in the death rate. J. A. Johnston, M.D., Henry Ford Hosp., Nat. Parent-Teacher, Apr. 1943.

CONSTITUTION AND BY-LAWS OF THE PUERTO RICO PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

CONSTITUTION

Preamble

In order to promote the public health by bringing together in closer association persons professionally engaged or interested in public health, by furthering their scientific advancement, by helping to spread public health knowledge, by stimulating and promoting research in public health and hygiene, by aiding in the adoption of legislation in the interest of public health and by volunteering assistance in times of stress or need there is hereby created the Puerto Rico Public Health Association.

Article I

The name of this Association is *The Puerto Rico Public Health Association* and will be incorporated as a non profit corporation under the laws of Puerto Rico.

Article II

This association is created for an indefinite period of time.

Article III

It is the intent of this Association to become affiliated with the American Public Health Association.

Article IV

The offices of the Association are to be in San Juan, Puerto Rico.

Article V

Membership:

All persons declaring their interest in the furtherance of the public health may be members of the association. There shall be four classes of members:

a *Active Members.* Persons in *Puerto Rico* professionally or technically engaged or interested in public health work, whether employed by public or private agencies, or in individual private practice who are fellows or members in good standing of the American Public Health Association may be elected as active members. The right to vote, to hold office, or to serve as chairmen on committees shall be limited to active members. At the first annual meeting, applicants for membership in the American Public Health Association may be elected as active members.

b *Associate Members.* Persons professionally engaged or interested in public health shall be eligible as associate members. They may serve on committees, except as chairmen, and shall be entitled to all privileges of the Association except voting and holding office other than on committees.

c *Honorary members.* Honorary membership may be conferred upon any person, whether or not a resident of *Puerto Rico* who has rendered such distinctive service to the cause of public health as

to entitle him to special recognition. Not over two honorary members shall be elected in any year.

d *Contributing.* Corporations, associations, or individuals interested in the promotion of public health may be elected as contributing members. Contributing members shall have no vote in the affairs of the Association.

Article VI

OFFICERS:

The officers of this Association shall be a president, a president-elect, a vice-president, a secretary, a treasurer and a representative to the Governing Council of the American Public Health Association.

Article VII

ADMINISTRATION:

Board of Directors

The affairs of this Association shall be administered by a Board of Directors, consisting of the Officers, and five additional active members elected by the Association. The President shall be Chairman of the Board of Directors. The Board shall make its own rules, consistent with the constitution and by-laws. Five members shall constitute quorum.

Article VIII

TERM OF OFFICE:

All officers shall be elected for one year, or until their successors are elected and qualified. No officer except the Secretary, the Treasurer and the Representative to the Governing Council of the American Public Health Association shall be eligible for re-election. Officers elected at any annual meeting shall begin their duties on the close of the meeting at which they are elected except that the President elect shall automatically assume the office of president at the close of the annual meeting next subsequent so that at which he was elected president elect.

At the first general meeting of the Association three members of the board of directors shall be elected for one year and two members for two years. Afterwards members to the board of directors shall be elected for a term of two years or until their successors are elected and qualified.

Article IX

QUORUM:

A quorum of any meeting of the Association shall consist of not less than 10% of the active members. At least two of those present shall be officers of the Association unless the meeting has been called by petition of not less than 25% of the active members.

Article X

AMENDMENTS:

This Constitution may be amended by the vote of two-thirds of all active members of the Association present at any annual meeting, provided the notice of the proposed amendment has been given in writing to the Secretary by an active member 60 days before the announced meeting and transmitted by him to active member thirty days before the annual meeting.

Article XI

FISCAL YEAR:

The fiscal year of the Association shall coincide with the calendar year.

BY-LAWS

Article I

MEETINGS:

There shall be at least one meeting each year to be held at such time and place as shall be selected by the Board of Directors.

The board of directors shall meet at least three times a year one of which shall be at the time of the annual meeting.

Article II

DUES:

Active and associate membership dues shall be one dollar ($1.00) per annum, payable in advance, January 1. In case a member is also a fellow or member of the American Public Health Association (dues $5.00) and the amount of the Insular Association dues is refunded by the American Public Health Association to the Insular Association, no additional regular dues shall be collected. Honorary membership shall be free. Contributing membership dues shall be at least $25.00.

Article III

DUTIES:

President, President-elect, Vice-President. The duties of President, President-elect and vice-president shall be those commonly understood as connected with these positions.

Secretary. The secretary shall act as Secretary of the Association, and of the Board of Directors, and as chairman of the Committee on Membership; he shall keep a list of all members of the Association with the dates of their election; he shall collect the dues and turn same over to the Treasurer; he shall send bills to all members who have not paid their dues, and he shall conduct such part of the correspondence of the Association as is usually conducted by the Secretary of similar organizations.

Treasurer. The Treasurer shall have charge of the funds of the Association, and all funds shall be disbursed by him; but all orders on said funds shall be countersigned by the president. He shall furnish to the Association at each annual meeting, and at such times as called on by the Board of Directors, a financial statement of all receipts and disbursements since the last annual meeting; and this statement, together with all books, vouchers, and all necessary documents shall be referred to the Auditing Committee.

The representative to the Governing Council of the American Public Health Association shall attend the annual meetings of the Council, serving as the delegate of the *Puerto Rico Public Health* Association; and shall submit a report of these meetings to the State Association at the first regular insular meeting following the national meeting. He must be a Fellow of the American Public Health Association.

Article IV

COMMITTEES TO BE APPOINTED BY THE PRESIDENT:

1 An Auditing Committee shall consist of three members whose duties shall be to examine annually the books of the Treasurer, and report their findings at each annual meeting.
2 A Membership Committee shall consist of three or more members of the Association, including the Secretary, who shall be an ex-officio member and

Chairman of the Committee. This Committee shall investigate the qualifications of all applicants for membership and make their recommendations to the Board of Directors.

Article V

The Board of Directors may create and appoint such special committees or special representatives as it may deem desirable.

Article VI

Motions and Resolutions:

All motions and resolutions presented at any annual meeting of the Association and involving matters of policy, shall be referred to the Board of Directors, who shall consider the same and report its recommendations back to the Association unless otherwise ordered by vote of the Association.

The Board of Directors shall have full powers of the Association in all matters demanding action between meetings of the Association, and shall submit at the next succeeding meeting a report of all actions taken by them under authority of this section.

Article VII

Election:

1—Officers of the Association shall be elected at each annual meeting by secret ballot. A majority of the ballots cast will decide the election in case there are more than two candidates and if no one of the candidates gets a majority of the votes a second election between the two candidates having the highest number of votes in the first election shall be held.

2—No member shall be eligible for office who has not been a member of the Association for one year with exception of officers first elected.

3—Vacancies in the office of President shall automatically be filled through succession in the following order: Vice-President, Secretary, Treasurer. All vacancies other than that in the office of President shall be filled through appointment by the Board of Directors.

Article VIII

Application for Membership:

All applications for membership must be endorsed by two active members and shall be sent to the Secretary who shall refer the same to the Membership Committee. After action is taken by the Membership Committee the application with the recommendation of the Membership Committee will be referred to the Board of Directors. The power of election to membership in the Association shall lie with the Board of Directors after due consideration to the report of the Membership Committee.

Article IX

Rules of Order:

Business sessions of the Association shall be conducted in accordance with Robert's "Rules of Order", in so far as they are consistent with the Constitution or By-Laws.

Article X

Program:

The Program Committee shall consist of the officers and five members appointed by the Board of Directors.

Article XI

AMENDMENTS:

These By-Laws may be amended by the vote of two-thirds of all active members of the Association present at any annual meeting, the call for which shall have specified the particular amendment to be acted upon, or the By-Laws may be suspended at any meeting by the unanimous vote of all active members present.

Article XII

All the members of the Puerto Rico Public Health Association signing the By-Laws, shall become incorporating members of the Association.

During four years 1937-1940 tuberculosis caused more deaths in the United States than were caused by all the battles of all the wars in which this country has been engaged, beginning with the Revolutionary War and continuing through the first World War. Robert Plunkett, M. D., N. Y. State Dept. of H., Bull. Feb. 1943.

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. MANUEL DE LA PILA EN EL ACTO INAUGURAL DE LA SEMANA DE LA ENFERMERA, MAYO 9, 1943

El calendario viste sus hojas con guarismos dorados desde esta fecha al 16, por ser de gala, en el devenir incontenible de los acontecimientos, esta semana de la enfermera. Una proclama emanada de las más elevadas esferas ejecutivas de nuestro país concede a estos días su valimiento oficial y la sociedad puertorriqueña toda, consciente de lo que significa este movimiento en su aspecto social, de cultura, moral y de progreso celebra alborozada, reconocida y satisfecha este homenaje a la sacerdotisa del bien, a la enfermera.

Por feliz y simbólica coincidencia empieza esta semana de la enfermera en el preciso momento profundamente ideológico, en que las sonoras campanas del reloj despiertan la conciencia pública anunciando que ha llegado emocionante el glorioso *Día de las Madres*: Como si la Providencia quisiera enhebrar en un acto dos realidades, unir en una misma fecha y en un mismo tributo dos amores; el de la madre y el de la enfermera, que aparentemente distintas, sin embargo por la devoción, generosidad, desprendimiento, sacrificio y abnegación que derrochan ambas la una por el hijo la otra por el enfermo, tienen por lema de sus existencias una misma divisa de excelsa renunciación que dice así:

"No es vivir, vivir para sí mismo."

No tengo fe en los méritos literarios de lo que os diga, ni le atribuyo valor fundamental de especie alguna, pero de lo que sí tengo certeza con claridad meridiana, es que mis brevísimas palabras son dichas con el corazón y desean tropezar con el vuestro llegando mucho más allá de vuestros oídos.

Las actividades de estos días horadan la corteza material de nuestro ser y penetran en el interior secreto del alma despertando pensamiento y recuerdos que dormían dando así a estas horas vitales la más honda significación.

Para ustedes, enfermeras, esta semana es clarín que en la cadencia emotiva de sus dulces y vivaces notas evocadoras de efemérides de gloria y de honor, conmueve vuestro espíritu, tesa vuestros músculos, yergue vuestra figura y en atención de sensible antena espiritual clava vuestros ojos en la lejanía del horizonte buscando a lo largo de los años transcurridos y a lo ancho del espacio indefinido que os separa, la mirada de la heroína moral de vuestra profesión, la imperecedera Florence Nightingale, sumiéndoos en la confortadora meditación de lo que puede hacer una mujer sobre la tierra aún después de haberla abandonado por largo tiempo.

Ella es luz que ilumina vuestros pasos por la vida.

Vivir es caminar, vivir es conducir la propia personalidad y en este obligado recorrer a veces pausado, otras vertiginoso; en ocasiones placentero, en otras doloroso, alerta siempre al recodo insospechado del camino donde ocultarse pudiera la mano artera o el alevoso atraco, debéis terminar vuestra jornada, salvando la nitidez de vuestros uniformes, sin que la más ligera arruga aje la rectitud impecable de los pliegues de su ropa.

Esta semana constituye también una rotunda, vigorosa y altiva afirmación de vuestra decisión como enfermera.

Contra la astenia del trabajo; contra todas las decepciones del éxito, contra todos los desfallecimientos profesionales, contra

todos los colapsos de la determinación, contra todos los sufrimientos de la ingratitud, contra toda la vorágine frenética de ese cáncer social del egoísmo; contra todas las tendencias derrotistas que hacen lanzar al débil el grito de "huye y deserta", está el férreo dique infundible de vuestra vocación.

El vendaval de vuestros entusiasmos que reina en estos instantes desprende y arrastra la inerte yedra que parasitar quisiera el encinar robusto de vuestra voluntad y limpio ingértale nuevos nódulos de pujanza y de firmeza. Tal es la imágen, que de esta semana, labra vuestra conciencia.

Para la sociedad en general esta semana significa un reconocimiento explícito, una pleitesía gentil a la enfermera al considerar el tesonero esfuerzo que representa la progresiva evolución fascinante que ha alcanzado llevándola a constituir uno de los valores más sólidos y más imprescindibles de la colectividad.

La enfermera nació como todas las privilegiadas gestas espirituales de la civilización, al arrullo encantador del cristianismo,cruzó por primera vez su silueta estilizada y misionera el panorama de la vida isleña, hace cerca de cincuenta años, bajo el signo benemérito de la Cruz Roja Americana, y Ponce, dulce nidal de los amores patrios supo temprano de la enfermera al contemplar ejemplarizado la labor inolvidable de Miss Hicks, alma grande, generosa y buena, que nunca dijo "basta" al sacrificio.

La modesta cuidadora de enfermos, poseedora de menguado hatillo de endebles ejecutorias en el incipiente tanteo de la asistencia hospitalaria de los primeros años, se ha convertido en ingente columna de recio y purísimo alabastro, sostén principal del tabernáculo desde donde oficia protectora la Diosa Higea.

Por ello también la Asociación Médica de Puerto Rico recaba para sí, como timbre preciado de orgullo y de honor, un sitio preferente bajo el sol que alumbra y caldea nuestros espíritus en las horas de vigilia, de los vibrantes días de esta semana atrayente y trascendental, desde la indecisa luz del nacer el alba, hasta el rojo bermejo con que agoniza la tarde.

Y en la vela nocturna del afecto también desea destacado puesto bajo el palio de luz que se filtra a través del romántico disco de la pálida luna en hilos de plata, donde arpegian sus notas los cantos que expresan el alma de un pueblo, rindiendo homenaje en los siete días, remedo del génesis, a la noble enfermera, conquista envidiable de la cultura de los tiempos modernos.

Que mucho pues, que al contagio de tanta animación y de tanta alegría se enardezca mi fervor sentimental, se inflame mi imaginación y febril engendre versos deformes y pobres, pero bien sentidos como ofrenda personal a la enfermera y que puestos en los labios de una hermana de ideal y de trabajo, la distinguida Srta. Lucy Lugo, sonarán mejor y dirán mucho más.

SEMANA DE LA ENFERMERA

"VOX POPULI"

Por Dr. Manuel de la Pila

No es esta la sola feliz ocasión
En que vibra la onda misteriosa
De esta radio fecunda y generosa
Por la enfermera con trémula emoción.

Como los manes del troyano Eneas
Le acompaña hoy de modo predilecto
En la dulce romería del afecto
Tras la vendimia jugosa de las ideas.

Todos los años tienen su Primavera
Y en ella un Doce de Mayo tan sonriente
Porque nace y perfuma todo el ambiente
La blanca gardenia de la enfermera.

Gardenia tan blanca como sueño de niño
Como cuento de hadas es su blancura
Y de la vida en el cielo, alba fulgura
Como estrellas de oriente de puro armiño.

Si el lodo salpica muy cerca de ella
Su pétalo recio, carnoso y pulido
Es terso espejo de cristal bruñido
Donde resbala sin dejar su huella.

La vida en su duro y continuo caminar
Bien por ancha carretera rectilínea
Bien por ruta quebrada y curvilínea
Girones del alma nos obliga a dejar.

Mas aquella gardenia resiste el embate
Del luchar que es vivir y no se marchita
Porque tiene savia de patria; de honor y de ermita
Triunfadoras valencias en todo combate.

LA VERDADERA ESPOSA DEL MEDICO

El reciente trabajo de nuestro presidente, Dr. Pila, sobre *"Hipócrates, Excelso Deontologista"*, me recordó un raro texto publicado en el número de mayo de 1936 de la Revista de la UMFIA (Unión Médica Franco-iberoamericana) y ya anteriormente en un número de enero de "Les Cahiers de Laennec" y el cual había sido traducido de un antiguo texto griego descubierto en 1934.

Por mi parte hice del texto francés la siguiente traducción literal que hoy ofrezco a los médicos de Puerto Rico. Dudo que haya de este documento traducciones al inglés y al español, y, debido a la situación internacional actual y especialmente a la tragedia que ha sufrido la nación francesa, temí que quedase sin traducir por largos años y hasta que quedase sepultado para siempre en las páginas de las mencionadas revistas, hoy poco leídas, en las bibliotecas de Francia.

El texto a que aludimos vendría a darnos una demostración más, si fuesen necesarias ya más demostraciones, de la amplitud y profundidad de la obra deontológica del padre de la Medicina. Ningún aspecto de la deontología escapó a su perspicacia, para la solución de todos sus problemas nos dió él la pauta, nos guió por todos los caminos y sus consejos y enseñanzas parecen adquirir, andando el tiempo, un valor cada vez mayor.

El texto a que aludimos dice como sigue:

LA VERDADERA ESPOSA DEL MEDICO

Si quieres merecer el bello título de verdadera esposa de médico, deberás, oh mujer, al darte al hombre que tiene en sus manos la salud de los ciudadanos, de los padres, de las madres, de los niños, el secreto de las familias y la salubridad de la nación, deberás saber:

Que has de ser más virtuosa aún que las demás mujeres más a un mismo tiempo buena, alegre y discreta.

Nunca serás celosa y tendrás en tu dueño y esposo la mayor confianza, indispensable a su felicidad y a la tuya.

Tendrás su casa en orden, sin procurar saber a quién trata, ni aún si recibe en su casa mujeres de mala vida.

Le ayudarás a llevar sus cuentas, si él te lo pide, más ni siquiera tratarás de saber lo que gana y lo que gasta, si te da cuanto necesitas para ti y para tus hijos.

Evitarás ayudarle en el ejercicio de su arte sobre todo cuando ha de derramar sangre. Pero visitarás los infelices y les darás alivio en su aflicción.

No seguirás al tirano ni tampoco a los ancianos del Areópago, pues las luchas del Agora han de dejarte, si no indiferente, impasible.

Perdonarás las ofensas que tu esposo pueda recibir de colegas mezquinos y de malos clientes, más rodearás de tu cariño y de tus cuidados un marido desgraciado, entristecido o enfermo.

Dr. S. Arana Soto

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Junio, 1943. Núm. 6.

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reunión del Mes:

El sábado 26 de junio llevóse a efecto en la Clínica del Dr. Pila en Ponce, la reunión ordinaria mensual de la Junta de Directores de nuestra Asociación, habiendo estado presentes los siguientes miembros:

Dr. Manuel de la Pila
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Osvaldo Goyco

En esta reunión se trataron asuntos de rutina, entre estos los relacionados con el Plan de Servicios Médicos, el Auxilio Médico Mutuo, la Ley creando el Instituto de Medicina Legal, etc. Fueron aprobadas tres solicitudes de ingreso.

Asociaciones de Distrito

Aguadilla:

El domingo 30 de mayo ppdo. tuvo lugar en el Borinquen Country Club de Aguadilla, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, bajo la presidencia del estimado amigo y compañero Dr. Luis A. Sánchez.

A las 11:00 de la mañana dió comienzo el programa científico, siendo presentados los siguientes trabajos:

"Myelomatosis", por el Dr. Roberto Francisco.
"*Sub-dural Hemorrhage*", por el Dr. Néstor de Cardona.
Los Servicios Médicos en la Defensa Civil, por el Dr. O. Costa Mandry.
Breves consideraciones sobre la etiología de las diarreas, por el Dr. Pablo Morales Otero.
Anatomía patológica del Tifus Exantemático, por el Dr. Enrique Koppisch.

Una vez terminado el programa científico todos los presentes fueron espléndidamente obsequiados por los compañeros del distrito de Aguadilla.

Durante el almuerzo el Dr. Pila aprovechó la oportunidad para exponer ante los compañeros presentes el "Plan de Servicios Médicos" y obtener la contestación de cada uno de ellos al cuestionario que con tal objeto ha preparado.

Mayagüez:

La reunión anual del distrito de Mayagüez se llevó a efecto el domingo 27 del cursante mes en los salones del Rainbow Club de la ciudad de Mayagüez, habiendo presidido el acto el estimado amigo Dr. Arquelio Ramírez, presidente interino de la Asociación Médica de dicho distrito.

A las 10:00 de la mañana dió comienzo la reunión, procediéndose en primer término a elegir los nuevos funcionarios para el año 1943-44, recayendo dicha elección en los siguientes compañeros:

Presidente — Dr. Arquelio Ramírez
Vice-Pres. — Dr. Tomás Ferrer Delgado
Secretario — Dr. Augusto Perea
Tesorero — Dr. J. Nadal Grau
Delegados — Dr. Nelson Perea
Dr. F. J. Casalduc
Suplentes — Dr. E. J. Cabán
Dr. J. F. González

Luego se dió curso al siguiente programa científico:

Preñez Abdominal, por el Dr. Nelson Perea.

Problemas neuropsiquiátricos de interés en la práctica médica general, por el Dr. José D. Jiménez.

Linfogranuloma Venereum. A major surgical problem of the rectosigmoid (illustrated with moving picture), por el Dr. Basilio Dávila.

Acto seguido el Dr. Pila procedió a exponer ante la concurrencia el Plan de Servicios Médicos, llenando todos los miembros presentes el cuestionario que les fuera sometido.

A la 1:30 de la tarde se sirvió en uno de los salones del Rainbow Club un suculento almuerzo, obsequio de los compañeros del distrito a los médicos visitantes.

Humacao:

La próxima reunión de distrito tendrá lugar en la ciudad de Humacao a fines del mes de julio próximo.

Es de esperarse que al igual que en años anteriores, la reunión del distrito de Humacao resulte un acto de verdadero interés médico-social.

Reuniones Científicas:

El día 11 del mes en curso, y en consonancia con el programa trazado por nuestro presidente, de celebrar una reunión científica mensual bajo los auspicios de nuestra Asociación, se llevó a efecto en el Auditorium de la Escuela de Medicina Tropical la primera de estas conferencias, que estuvo a cargo del estimado colega, Dr. Ramón M. Suárez, quien disertó sobre el siguiente tema:

"Estudios de los Problemas de Nutrición en Puerto Rico. — Deficiencias en Vitamina A. — Informe preliminar."

A esta conferencia del Dr. Suárez concurrió un nutrido núcleo de compañeros de toda la isla, así como un considerable número de personas interesadas en este problema.

La conferencia para el mes de julio próximo ha sido asignada a nuestro estimado amigo el Dr. Juan A. Pons, quien al igual que el Dr. Suárez, habrá de discutir también un tema de interés tanto para la profesión médica como para otros profesionales interesados en la salud de nuestra población.

Dr. J. Rodríguez Pastor:

El día 30 de mayo ppdo. embarcó hacia los Estados Unidos por la vía aérea, el estimado amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Según información recibida por nuestro presidente, el Dr. Rodríguez Pastor ha aprovechado su estadía en el Norte para realizar gestiones relacionadas con el establecimiento en nuestra isla del Plan de Seguro Hospitalario (Blue Cross Plan).

Mucho éxito en sus gestiones y muy gratas impresiones deseamos al Dr. Rodríguez Pastor durante su permanencia en los Estados Unidos.

Dr. Guillermo Barbosa:

Pasa por la pena de haber perdido a uno de sus hermanos en fecha reciente, el estimado amigo y compañero Dr. Guillermo Barbosa.

Sean estas líneas portadoras de nuestra más sentida condolencia para el querido colega y sus demás familiares.

Dr. Rafael Bernabe:

En unión a su distinguida esposa embarcó hacia los Estados Unidos el día 30 de mayo ppdo. el estimado compañero Dr. Rafael Bernabe.

Era el propósito de los esposos Bernabe pasar algunas semanas junto a sus hijas, quienes cursan estudios en colegios del Continente.

Una muy grata estadía en el Norte deseamos al Dr. Bernabe y a su distinguida esposa.

Dr. Angel M. Marchand:

Recientemente falleció en el pueblo de Barceloneta el padre del amigo y compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

Deseamos testimoniar al querido compañero por medio de estas líneas, nuestro más sentido pésame por tan irreparable pérdida.

Dr. Mario Juliá:

En fecha reciente regresó a nuestra Isla, procedente de la ciudad de Washington, donde permaneció por varios meses, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el Dr. Juliá nuestro cordial saludo de bienvenida.

Nuevos Ingresos:

Durante el presente mes han ingresado a nuestra Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Nathan Rifkinson, de San Juan

Dr. Honorato Estella, de Cidra

Dr. A. Fernández Valdés, de Ciales

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Por considerar el Plan de Auxilio Médico Mutuo una de las actividades de mayor trascendencia de las llevadas a cabo por nuestra Asociación, hemos decidido dedicarle a partir de esta fecha una página en todas las ediciones de nuestro Boletn.

Cuenta en la actualidad el Auxilio Médico Mutuo con un total de 375 miembros, que ya han pagado su cuota del año en curso. Entre los compañeros que últimamente se han acogido al plan figuran los siguientes:

Dr. Ralph P. Panzer
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Roberto Aguayo
Dra. Blanca Trelles de Vázquez
Dra. Josefina Villafañe

Como es de conocimiento general, además de los ingresos por concepto de cuotas, el plan cuenta con ingresos por concepto de certificaciones médicas. Hasta la fecha en que redactamos estas líneas se ha recibido en la tesorería de nuestra Asociación, el importe de los primeros 20 certificados expedidos por los siguientes compañeros:

Dr. José Menéndez, de Río Piedras
Dr. F. Sánchez Castaño, de Vega Baja
Dr. Manuel G. Carrera, de Fajardo
Dr. Amalio Roldán, de Hato Rey
Dr. R. Rivera Aulet, de Arecibo
Dr. Ricardo F. Fernández, de San Juan
Dr. Leoncio T. Davis, de Vieques
Dr. Rafael Rivera, de Caguas
Dr. Ramón C. Umpierre, de Orocovis

Además de las anteriores aportaciones al fondo del Auxilio Médico Mutuo, en fecha reciente nuestro presidente recibió del Dr. Fernando Asencio Camacho, del Hospital de Distrito de Bayamón, la carta que transcribimos a continuación, como ejemplo del espíritu de cooperación que ha despertado en algunos de nuestros compañeros el plan de Auxilio:

"Estimado compañero:

"Tengo el gusto de acompañar cheque de la Maryland Casualty Co., Núm. 0004156, por la cantidad de $4.75 a mi favor, por concepto de certificación, debidamente endosado a esa Asociación para el Fondo del Auxilio Médico Mutuo."

"Sin otro particular a que referirme, me es grato susucribirme,

Muy cordialmente,

Dr. Fernando Asencio
Médico Residente en Cirugía Hospital de Distrito de Bayamón."

Al finalizar el primer semestre de vida del plan, los libros nos demuestran que hay un balance de $6,679.00 en caja, después de haber pagado el primer certificado de auxilio, lo que sin duda alguna justifica la confianza que desde un principio demostraron en el éxito del mismo nuestro activo presidente, el Dr. Manuel de la Pila, y los demás compañeros que con él colaboraron en la organización del Auxilio Médico Mutuo.

Creemos innecesario suplicar a nuestros compañeros que continúen prestando, como hasta ahora, su valiosa aportación al Plan de Auxilio Médico, y sobre todo, que no desperdicien la oportunidad de usar el Libro de Certificaciones, que sin duda alguna habrá de constituir en el futuro la principal fuente de ingresos del Plan.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A } 6,250 U. I. de Vitamina D }	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

CARACTER PERDURABLE



SESENTA Y SIETE AÑOS—TIEMPO PARA DISCIPLINAR GRUPOS SUCESIVOS DE JOVENES EN LAS TRADICIONES LILLY—TIEMPO PARA ESTABLECER UNA BASE SOLIDA SOBRE UNA POLITICA QUE ES NOTABLEMENTE SIMILAR A LA REGLA DE ORO DE LA HUMANIDAD.

ELI LILLY AND COMPANY, INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.



AÑO XXXV. JULIO, 1943. NUMERO 7

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
SEP 1 1943



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

OLAC *Alimento Completo Especial Para*

Prematuros y Recién Nacidos

EL OLAC encarna las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe de ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-áeidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).

En la alimentación de los prematuros, el Olac ha dado resultados tan buenos como la leche de pecho y superiores a las fórmulas de leche evaporada. Stoesser hace las siguientes conclusiones de su estudio con más de 200 lactantes:

"La preparación de leche descremada y aceite de oliva sale triunfante de las pruebas elínicas, representando una mezcla de sólidos de leche descremada, cascinato de calcio, accite de oliva, y Dextro Malto, en proporciones que la investigación científica ha demostrado que son las más útiles para el fomento y desarrollo del crecimiento del reeién nacido y del prematuro. Las criaturas, tanto pequeñas como grandes, la asimilan con suma facilidad y muy pocos trastornos digestivos, por lo cual aumentan rápidamente de peso."

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en farmacias en latas de 454 gms. a un precio sumamente módico.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E.U.A.

P. O. Box No. 3081, San Juan

SUMARIO

Página

Consideraciones sobre Dolor Precordial, Ezequiel Prieto, M. D. 253

Treatment of Ulcerative Colitis — Abstract of Literature, Irving Kalow, M. D. — — — — — — — — — — — — — 260

Tropical Sprue — Review of Literature, Jorge García Bird, M. D., Canóvanas, P. R. — — — — — — — — — — — 267

Myelomatosis, Roberto Francisco, M. D., Arecibo, P. R. — — 284

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — 291

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — — 294

Tres Dólares Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJANO GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen preoperatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

Cursos completos y Clínica de las enfermedades de:

OJOS-OIDOS NARIZ GARGANTA

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

DIVIESOS CARBUNCLOS E INFECCIONES SUPERFICIALES

Muchos médicos están usando la ANTIPHLOGISTINE como tratamiento pre y post-operativo de los carbunclos, diviesos e infecciones superficiales. Es un apósito muy conveniente por motivo de sus propiedades osmóticas y descongestionantes, como también porque retiene el calor.

La ANTIPHLOGISTINE ofrece manera de obtener los beneficios del "calor húmedo prolongado", y por razón de su fórmula produce mayor alivio sintomático que las cataplasmas comunes.

Como la ANTIPHLOGISTINE tiene muchas aplicaciones, ocupa prominente lugar en el armamentario de todo médico.

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY
163 VARICK STREET — NUEVA YORK, E. U. A.

Francisco Garratón, S. en C., P. O. Box 1541,
San Juan.



CONSTANT ALERT!

Calm, steady nerves and all-around good health are essential during times such as we are living through today. Regular daily intake of the Vitamin B Complex as a dietary supplement will help maintain the full integrity of nerve tissues. • GALEN "B"* is an entirely natural concentrate derived from rice bran. It supplies the entire Vitamin B Complex in essentially the same proportions in which it is removed from our diet as the result of the milling of cereals. Galen "B" is thus ideally balanced as a supplement to the average diet. Designed for regular every day use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.



Galen Company

BERKELEY · CALIFORNIA · E. U. A.

*Trade Mark

Copyright 1943, Galen Company



HORMONAL CRISIS OF THE MALE

PERANDREN provides the physician with the most potent androgenic substance now available to help carry the male climacteric patient through the period of endocrine adjustments. Paper after paper confirms the efficacy of ***PERANDREN**** in alleviating subjective symptoms and making these patients more normal, more cheerful people.

PERANDREN **is also beneficial in selected cases of arrested sexual development such as *Cryptorchidism, Hypogonadism, Dystrophia, Adiposogenitalis;* in treating impotency and sterility due to *Androgenic Deficiency.***

PERANDREN Ointlets* (for inunction) and ***METANDREN**** (tablets orally) are useful in conjunction with, or as alternative therapy for ***PERANDREN.***

PERANDREN

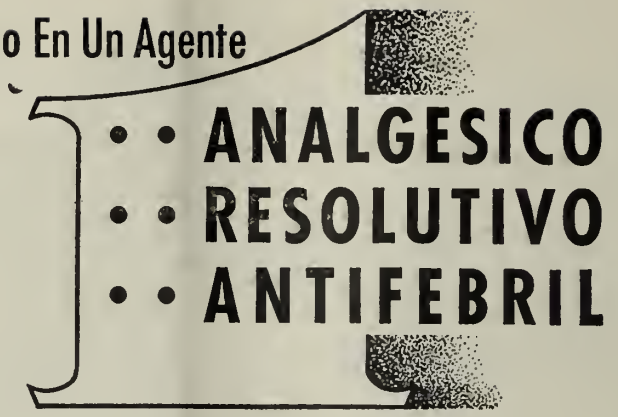
POTENT ANDROGENIC HORMONE

*Trade Marks Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

SUMMIT, NEW JERSEY

Todo Combinado En Un Agente



. . . y Se Aplica Localmente

NUMOTIZINE

EMPLASTO MEDICADO DE CAOLÍN

En el tratamiento de algunos estados inflamatorios son múltiples los beneficios que pueden observarse con la aplicación de esta cataplasma mejorada.

Sus efectos locales son calmar la parte inflamada intensificando la circulación.

En sus efectos generales, NUMOTIZINE imparte la bien conocida acción analgésica y antifebril del guayacol y de la creosota.

Estos efectos se producen sin la irritación gástrica que tan frecuentemente acompaña a la medicación que se administra oralmente.

Indicaciones

Entre los casos principales para los que está indicada la Numotizine, se encuentran;

Algunos procesos infecciosos del árbol respiratorio

Ciertas inflamaciones glandulares

Furúnculos

Torceduras

Algunas inflamaciones postraumáticas

En piquetes de algunos insectos

FORMULA

Guayacol U.S.P.	2.6	Salicilato de Metilo U.S.P.	2.6
Formalina	2.6		
Creosota U.S.P.	13.02	C. P. Glicerina y Silicato de Aluminio,	
Sulfato de Quinina U.S.P.	2.6	qs 1000 partes	

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.



La Ciencia Optica de Mañana

EL Instituto de Optica está situado con los demás edificios de la Universidad de Rochester, cuyas normas de educación son insuperables. Sólo una tercera parte de los candidatos para ingreso son aceptados, y de éstos, sólo dos terceras partes terminan el curso.

El edificio donde está situado el Instituto desde 1929, fué donado por los familiares de Bausch & Lomb, y la firma Bausch & Lomb ha costeado una buena parte de los gastos iniciales. Sin embargo, el Instituto es completamente independiente de Bausch & Lomb... es una parte integral de la Universidad de Rochester.

Los graduados del Instituto son ingenieros de consulta con un profundo conocimiento sobre la aplicación de la luz, y hasta capaces de diseñar cualquier instrumento que necesite la ciencia óptica moderna. Los graduados son acogidos con entusiasmo por las industrias más famosas del mundo. Muchos de ellos son automáticamente elegidos por Bausch & Lomb para poder seguir ocupando el lugar de supremacía en la ciencia óptica moderna.

La Comisión de Matriculación de la Universidad se complacerá en contestar cualquier consulta ya sea sobre el curso del Instituto, o como obtener algunas de las becas que aún quedan por cubrir.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860



DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a si misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo lo primero caso farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres Sydney Buenos Aires México, D. F.

Bacterias con Pedigree...

LOS Laboratorios Lederle ofrecen a las bacterias famosas su ambiente favorito. Entre ellas hallaremos la famosa cepa número 8 de Park-Williams del bacilo diftérico, aislado en 1895. Además, se mantienen cultivos puros de todos los tipos del neumococo, ciento diez cepas de estafilococos de origen humano y estreptococos puros, no olvidando al afamado Brucella abortus número 19 que ya lleva 20 años cautivo, y muchísimos otros.

Pero nuestro fin no solamente es mantener estas bacterias de "pura sangre" en condiciones óptimas, ante todo se trata de emplearlas para el bienestar del hombre. Para conocer bien a las bacterias y a sus primos hermanos los virus, es necesario vivir entre ellos, es decir, hay que estudiarlos, observando sus reacciones a los cambios de dieta, temperatura y atmósfera, día tras día, año tras año. Por ejemplo, la cepa número 8 de Park-Williams del bacilo diftérico ha sido observada por más de 15 años por uno de nuestros técnicos con toda la pericia y paciencia de que es capaz. Así, el verdadero arte es el saber convertir estos enemigos del hombre y de los animales en poderosos agentes preventivos y curativos.

Especifique **Lederle**



LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Calle Salvador Brau, San Juan

Creamalin

REG U.S. PAT OFF

BRAND OF ALUMINUM HYDROXIDE GEL

earns its spurs

ACCEPTED
AMERICAN MEDICAL ASSN.
Council on Pharmacy and Chemistry



CLIMAXING A 10-YEAR RECORD IN THE THERAPY OF PEPTIC ULCER AND GASTRIC HYPERACIDITY...

THE SEAL OF ACCEPTANCE of the Council on Pharmacy and Chemistry seems to the makers of CREAMALIN, the Alba Pharmaceutical Company, Inc., a most gratifying climax to a 10-year therapeutic record.

As the pioneer of aluminum hydroxide gels, CREAMALIN has been used throughout this experimental decade as the basis of extensive clinical research, and has proved itself as a therapy productive of convincing results in peptic ulcer, gastric hyperacidity, and symptomatic hyperchlorhydria.

CREAMALIN contains approximately 5.5% aluminum hydroxide and is administered orally or, in more severe peptic ulcer cases, by the CREAMALIN automatic drip control.

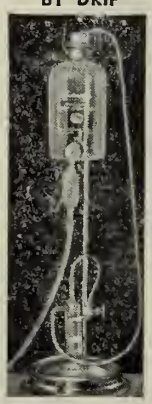
WHAT THE 10-YEAR RECORD OF CREAMALIN SHOWS

- **Antacid action of 12 times its volume of N/10 HCl in less than 30 minutes (Toepfer's reagent).**
- **Sustained acid-combining action, unlike systemic alkalies.**
- **Non-alkaline; non-absorbable; nontoxic.**
- **No acid rebound phenomenon.**
- **No danger of alkalosis.**
- **Slightly astringent; demulcent; may increase mucin secretion.**
- **Prompt pain relief in uncomplicated cases.**
- **Rapid healing when used with regular ulcer regimen.**

BY MOUTH



BY DRIP



ALBA **ALBA** PHARMACEUTICAL DIVISION

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.
SUCESORES
ALLEN 77 — APARTADO 402
SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXV | JULIO, 1943 | Número 7

CONSIDERACIONES SOBRE DOLOR PRECORDIAL*

EZEQUIEL PRIETO, M. D.

Un promedio más o menos del 20% de los pacientes que acuden a nuestros consultorios sino tienen como síntoma principal, tienen como síntoma secundario algún malestar precordial entre los cuales tiene el dolor sitio preferente. Este dolor puede variar desde una simple punzada hasta la temible opresión subesternal con o sin dificultad al respirar y puede ser referido a diferentes partes del cuerpo superior, como la quijada, el cuello, los hombros, los brazos (principalmente el izquierdo) y la región abdominal. También el dolor puede principiar en cualesquiera de las partes mencionadas y atacar secundariamente la región precordial.

Entre las condiciones que pueden causar dolor en el pecho y que pueden ser fácilmente confundidas entre sí y principalmente con Angina Pectoris se encuentran las siguientes:

1. *Condiciones Extra-Cardíacas*:
   a. Neuralgia Intercostal, neuritis, herpes zoster.
   b. Miositis de los músculos del pecho, hombros, brazos o cuello.
   c. Costilla cervical.
   d. Artritis de la espina dorsal o espondilitis.
   e. Inflamaciones y neoplasmas del mediastino.
   f. Inflamaciones de la pleura y adherencias pleuríticas.
   g. Astenia neurocirculatoria o corazón de soldado.
   h. Uso excesivo de tabaco.
   i. Disturbios digestivos — Flatulencia, Hiperacidez, Ulcera péptica, Piloroespasmo, Espasmo del colon, Espasmo del esófago, Enfermedad biliar.
   j. Hipertiroidismo y agotamiento nervioso.
   k. Hernia diafragmática.
   l. Embolia pulmonar, neumotórax agudo o colapso masivo pulmonar.

2. *Condiciones aórticas*:
   a. Aortitis
   b. Aneurisma aórtico.
   c. Aneurisma disecante aórtico.
   d. Insuficiencia aórtica.

3. *Condiciones cardíacas*:
   a. Arritmias súbitas -- Extrasístoles, Taquicardias paroxismales, Fibrilación, etc.
   b. Pericarditis.
   c. Carditis reumática aguda.
   d. Insuficiencia coronaria -- Angina Pectoris.
   e. Oclusión coronaria -- trombosis o embolia con infarto del miocardio.

Las sensaciones de dolor son llevadas al

* Leído en la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, celebrada en Caguas el día 25 de abril de 1943.

sistema nervioso central por medio de las fibras simpáticas cervicales y los cuatro o cinco primeros rami comunicantes dorsalis y sus correspondientes ganglia en ambos lados. Estos impulsos pueden ser transferidos hasta los últimos segmentos dorsales. Debido a esta inervación es fácil comprender como una úlcera péptica puede causar un dolor en el tercio superior del esternón y una angina de pecho puede demostrarse en el tercio inferior del esternón o en la región epigástrica solamente; también como pueden ser fácilmente equivocados en su diagnóstico una trombosis coronaria por una pancreatitis aguda, por una colecistitis o colelitiasis, por una úlcera péptica perforada o por una trombosis mesentérica, o vice-versa; habiéndose en varios casos intervenido quirúrgicamente por una condición aguda del vientre cuando en realidad los síntomas abdominales eran causados por una trombosis coronaria.

El dolor precordial puede tener diferentes caracteres entre los cuales se encuentran:

1. *Punzadas o "Dolor en el Corazón."* — Consiste de punzadas, regularmente cortas que son sentidas en la región de la tetilla izquierda debido a hipersensibilidad del sistema nervioso por fatiga o cualquier otro factor. Debido a que puede extenderse hasta el brazo izquierdo puede ser equivocado por angina de pecho; pero si recordamos que el dolor no es subesternal y que además a menudo en esta condición hay algún dolor al tacto sobre el área adolorida no cometeremos tal error. Este tipo de dolor ocurre con frecuencia en astenia neurocirculatoria y en contracciones prematuras o extrasístoles.

2. *Dolor de Pericarditis Aguda*: —Ocurre solamente cuando está afectado el pericardio parietal y existe inflamación concurrente de la pleura contigua o diafragmática; esto es en casos infecciosos y no tóxicos. En pericarditis de origen urémico, no habiendo pleuritis asociada, no existe dolor alguno. El dolor de pericarditis cuando ocurre es agudo, puede ser intermitente o contínuo y es frecuentemente agravado por los movimientos respiratorios. Es de distribución variable siendo a veces solo remotamente referido a la región del pericardio. Es más frecuentemente distribuído sobre el tórax anterior; pero a veces se extiende a áreas del abdomen suplidas por los nervios intercostales produciendo síntomas que simulan alguna enfermedad intraabdominal. El dolor en la región supraescapular izquierda puede ser fuerte cuando la parte central del diafragma está afectado, y dolor e hiperestesia ocurre en la región interescapular cuando hay una mediastinitis posterior asociada.

3. *Dolor de Carditis Reumática*: — El dolor es más agudo que el de astenia neurocirculatoria pero no tan agudo como el de pericarditis aguda. Ocurre y reocurre por algunos días durante un ataque agudo de infección reumática durante la niñez.

4. *Dolor de Aneurisma Aórtico*: — Dolor causado por presión del saco aneurísmico sobre las estructuras contiguas especialmente los huesos, cartílagos y nervios. El dolor es constante en la región del tórax superior, cuello u hombros. Regularmente es unilateral y no subesternal. El dolor en la espalda es raro. Maniobras afectando la presión intratorácica como ejercicio, tos o respiración honda puede intensificar el dolor. Puede haber angina de pecho verdadera si la dilatación envuelve los orificios de las arterias coronarias causando insuficiencia de la circulación al miocardio.

5. *Dolor de Aneurisma Disecante Aórtica*: — El dolor es súbito, fuerte y ator-

mentador. Localizado en la región subesternal o en la espalda, extendiéndose a través del pecho de frente hacia atrás o vice-versa y a menudo por toda la espalda hasta las piernas. Tiende a desarrollarse en toda su fuerza desde el principio diferenciándose así del dolor de trombosis coronaria que va aumentando según se desarrolla.

6. *Opresión Subesternal de Corta Duración* (Angina Pectoris): — Causado por insuficiencia en circulación al miocardio con su correspondiente anoxemia. Puede ser causado por diferentes condiciones entre las cuales se encuentran esclerosis o espasmos coronarios, aortitis con estenosis de los orificios coronarios, enfermedad valvular aórtica (estenosis o insuficiencia), anemia intensa, taquicardia paroxismal, hipertiroidismo, etc., donde la circulación y oxigenación del miocardio no son suficientes bajo las condiciones de demanda del miocardio en ciertas ocasiones.

El dolor es en forma de opresión subesternal con sensación de malestar en la región epigástrica, pero puede solamente sentirse un ligero malestar en estas regiones, que pueden ser achacadas a malas digestiones o pasar inadvertidas enteramente. En casos típicos la opresión es fuerte y puede ser transmitida al hombro y brazo izquierdo y ocasionalmente al hombro y brazo derecho. El dolor en algunos casos puede extenderse al cuello, la quijada, la cabeza y al oído o puede aparecer primero en estos sitios y después extenderse hasta el pecho. La sensación de malestar muy a menudo ocurre en el pecho abajo y en el epigastrio y en algunos casos se circunscribe solamente a la región abdominal superior.

7. *Opresión Subesternal de Larga Duración (Oclusión Coronaria)*: — Causado por oclusión súbita de una o más ramas de las arterias coronarias, produciendo una condición de isquemia muscular con consecuente infarto del miocardio. El dolor es usualmente subesternal y ocasionalmente es sobre el bajo pecho y abdomen superior siendo a veces equivocado por algún disturbio abdominal.

El dolor puede desarrollarse en toda su fuerza de momento o gradualmente, extendiéndose sobre un período de dos o tres días. Durante ese período la sensación de malestar es intensificada por ejercicio, excitación u otros factores que aumenten el trabajo del corazón. El carácter del dolor es intenso y agonizante regularmente en oclusión súbita, principalmente si es una arteria grande la ocluida; pero en varias ocasiones que la oclusión de la arteria ha sido lenta y que la demanda del corazón no ha sido aumentada, ha habido infartos extensos del miocardio con muy poco dolor o sin dolor alguno. En los casos que el desarrollo es momentáneo el paciente es regularmente despertado de su sueño durante la noche y a menudo en las horas de la madrugada por el terrible dolor con malestar y opresión subesternal, el cual no es posible aliviarlo con nitritos y algunas veces con repetidas inyecciones de morfina.

La distribución del dolor es la misma que la de Angina Pectoris, pero con mayor tendencia al bajo esternón y a la región epigástrica. Debido a su intensidad y distribución este dolor puede ser fácilmente confundido con:

1. Angina Pectoris y "Status Anginosus".
2. Aneurisma aórtico disecante.
3. Embolia Pulmonar.
4. Espasmo del esófago.

5. Condición abdominal aguda — Colecistitis, Pancreatitis, Ulcera péptica perforada o trombosis mesentérica.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

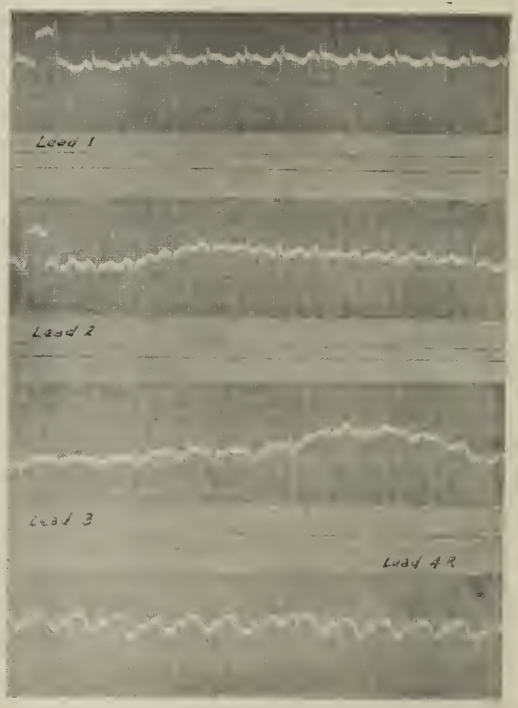
Caso núm. 1.

Paciente — I. G. S., blanca, femenina, 75 años.

Se sintió completamente bien hasta Dic. 1. 1940, cuando después de acostada sintió de momento un dolor fuerte en el cuadrante superior derecho del abdomen con vómitos, eructos y sudores fríos y alguna opresión en la región subesternal inferior. Estos síntomas fueron parcialmente aliviados con repetidas inyecciones de morfina. En Dic. 3 fuí llamado a consulta, encontrando a la paciente algo mejorada pero siempre quejándose de dolor intenso sobre la región de la vesícula biliar y con alguna dificultad al respirar.

En su examen físico no revelaba anormalidad en tamaño, ritmo o sonido de su corazón. Había algunos estertores mojados sobre sus bases pulmonares. El abdomen en su cuadrante superior derecho presentaba alguna rigidez y estaba muy doloroso al tacto. Su presión arterial era de 112 sistólica y 70 diastólica. (Antes del ataque actual era de 180 sistólica y 110 diastólica). Su temperatura era de 37.6° C. en la boca y su contaje leucocitario era de 19,600 por mm. c. con 92% de polimorfonucleares. La orina era negativa.

Su estudio electrocardiográfico revelaba una elevación marcada del segmento RT_1 y una depresión en el sebmento ST_3. El trazado precordial (4R) demostraba una onda Q_4 con una elevación del segmento ST_4 y una inversión de la onda T_4. —(Caso 1— (a).



CASO 1 (a)

Diagnóstico: Trombosis coronaria con Infarto anterior del miocardio. (reciente).

Esta paciente siguió su curso, tomándole estudios electrocardiográficos en serie hasta enero 19, 1941, en los días que nos decidíamos a permitirle levantarse de la cama, tuvo lo que aparentaba ser otro ataque de trombosis coronaria: Dolores precordiales fuertes con opresión marcada, dificultad al respirar, vómitos, eructos con sudores profusos, siendo aliviada con inyecciones de morfina.

En su examen físico revelaba esta vez cierto dolor al tacto y alguna rigidez en el cuadrante superior izquierdo abdominal. El corazón no revelando mas que un ligero soplo sistólico. Su presión arterial era igual que en días anteriores — 140 sistólica y 84 diastólica. El contaje leucocitario que era en esos días de 7,700

por mm. c. subió a 18,600 por mm. c. Su estudio electrocardiográfico no revelaba ninguna oclusión nueva comparado con el tomado 10 días antes (Caso 1-(b. y c.)



CASO 1 (b)



CASO 1 (c)

Del curso seguido por la paciente con su parálisis intestinal, masa palpable en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, etc., se llegó a la conclusión que se trataba esta vez de una Trombosis Mesentérica, probablemente como consecuencia del infarto anterior del miocardio.

Caso núm. 2:

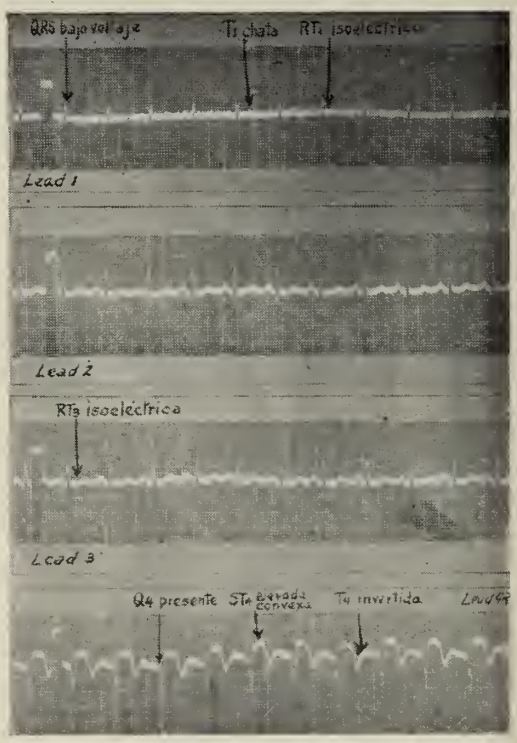
Paciente — P. J., blanco, masculino, 73 años.

No sentía enfermedad o malestar alguno hasta la noche de Junio 16, 1940, en la cual sintió un dolor sobre la quijada izquierda y un poco de malestar en el pecho. El dolor sobre la cara fué aumentando en intensidad gradualmente hasta hacerse insoportable, siendo intensificado al paciente tratar de andar o hacer ejercicio alguno. Fué visto por mí al día siguiente.

En su examen físico no demostraba causa alguna en la cara o senos faciales para este dolor intenso. Su corazón solamente demostraba una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo y su aorta demostraba un aumento de densidad y tortuosidad marcada (esclerosis aórtica). Su pulso era regular y de 110 por minuto. Su presión arterial era de 140 sistólica sobre 80 diastólica. (No sabemos cuál era anteriormente).

Su trazado electrocardiográfico (Caso 2) demostraba un complejo QRS_1 algo bajo, una onda T_1 chata. En el trazado precordial (4R) demostraba una onda Q_4

marcada, una elevación marcada del segmento ST_4 y una inversión de la onda T_4.



CASO 2

Diagnóstico: Trombosis coronaria con infarto anterior del miocardio. (reciente).

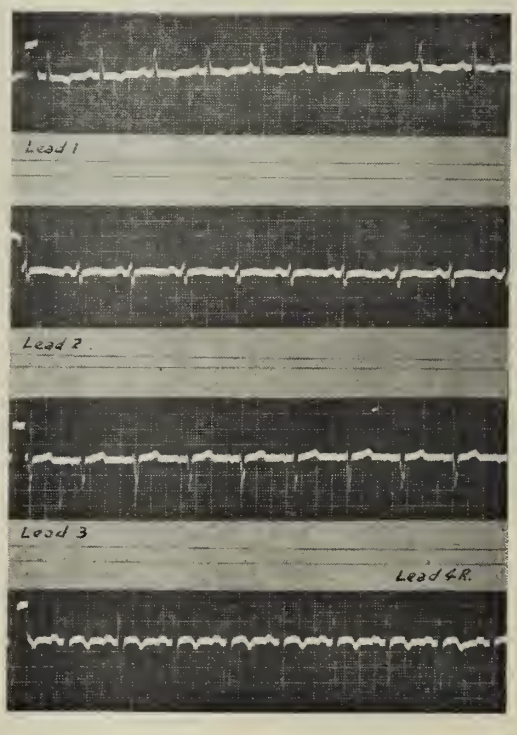
Caso núm. 3:

Paciente J. H., blanco, masculino 52 años. Nov. 27, 1942.

Sentía ligero cansancio al andar y digestiones pesadas con gases y eructos hace algún tiempo. Hace 4 noches se despierta de madrugada con opresión en el pecho, tos y silbidos que él llama asmáticos y tiene que sentarse en la cama para recibir alivio. Al otro día sigue su trabajo con bastante agilidad y sin sentir el malestar precordial. Nunca ha sentido dolor fuerte, ni incapacidad hasta estos ataques de asma.

En su examen físico demuestra una hipertrofia marcada del corazón, principalmente del ventrículo izquierdo. Hay una ligera dilatación de la aorta. Sus pulmones revelan algunos estertores mojados en sus bases. Su pulso es regular de 80 por minuto y su presión arterial es de 120 sistólica y 74 diastólica. No hay lesión valvular evidente, ni aparente esclerosis arterial.

Su estudio electrocardiográfico revela una marcada preponderancia ventricular izquierda, una inversión de la onda T_1 y en su trazado precordial (4R) enseña un segmento ST_4 en forma convexa y una inversión de la onda T_4.



CASO 3

Diagnóstico: Insuficiencia Ventricular Izquierda con probable oclusión coronaria lenta e infarto anterior del miocardio (no reciente).

BIBLIOGRAFIA

Levine — Clinical Heart Disease.

Stroud — Diagnosis and Treatment of Cardiovascular Diseases.

White — Heart Disease.

Barnes — Electrocardiographic Patterns.

Guion and *Meara* — Chest Pains - Medical Clinics of North America. Vol. 13 No. 3 Page 623.

TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS — ABSTRACT OF LITERATURE

IRVING KALOW, M. D.*

The following abstracts are from the American and English literature for the year of 1938. They cover the treatment of ulcerative colitis. Four articles published in 1939 and 1940 have also been abtsracted and added to this review.

Feder reviews eigthy-eight cases of ulcerative colitis in the American Journal of Digestive diseases. The first essential treatment is bed rest. Where the psychiatric background has been studied and is found to be of etiologic importance psychoterapy is of distinct value. The diet is a well balanced, high caloric, high vitamin, low residue one, with the essential food elements being supplied wherever indicated. Drugs, as opium, codeine, bismuth, charcoal, dilute hydrochloric acid, and iron alleviate the distressing symptoms of the disease. Castor oil is condemned. Sulfanilamide, used in three cases, aggravated the condition. Anti-amebic drugs should be used if there is a question of amebic colitis. Local treatment to the colon is, at best, palliative, and sometimes causes excess irritation. Transfusions are the best supportive measure to tide the patient over the acute phase of the disease. In addition to the general measures eleven patients received autogenous vaccines, with improvement in four, eleven received autogenous vaccines of the Bargen bacillus with marked improvement in ten, and one cured. Typhoid vaccine and bacteriophage are of no value. Surgery was attempted in three cases; cecostomy without improvement, appendicostomy and ileostomy, subsequent to which the patients died. Of the eighty-eight cases two patients were cured, fifty-five improved, twenty-one unimproved and ten died.

Mackie, in analyzing eighty-five cases of ulcerative colitis in the Journal of the American Medical Association, feels that the phenomena of the disease appears to result from the combined action of a number of factors. There is infection, mixed in character, of the affected portion of the wall of the colon. Both the secretory and the motor physiology of the gastrointestinal tract are adversely affected. Sensitization of the colon to foreign protein plays a major role in relapse and activity of the disease. Not infrequently secondary deficiency states occur, and assume major clinical significance. The medical management of the disease must be based on this complex mechanism, and it must be guided by the symptoms observed in each particular case. Disturbances of normal physiology must be compensated. Hydrochloric acid, in amounts up to four cc with meals, is of distinct value in cases with anacidity. Sedatives and opiates are useful in a hypermotile colon but saline cathartics and large amounts of fluids are indicated in cases with a slow colon motor rate. Adjustment of the diet to the needs of the patient is important, and a high protein, low carbohydrate diet is usually well tolerated. Food allergies must be investigated; vitamin and mineral intake must be adequate. At the earliest sign of deficiency disease strenuous treatment must be instituted. Autogenous vaccines may

* Captain Medical Corps, AAF
Proctologist, Station Hospital
A.P.O. 848 c/o Postmaster N. Y. City.

be of value, but their psychic effect must not be overlooked. Foci of infection must be removed. The stools should be kept liquid, or semi-liquid, until healing takes place. Twenty-three cases were apparently arrested, forty-four definitely improved but not healed, thirteen were improved, and five died.

Cullinan described the clinical aspects of idiopathic ulcerative colitis, in the British Medical Journal. He feels that emotional upset is a most important factor in the etiology of the disease. The following points in treatment, based on forty observed cases, are important; rest in bed, bland diet, vitamins, iron for anemia, adsorbents, and antispasmodics. Local irrigations should be used with caution, if at all. Raw apple diet and cod liver oil retention enemata are sometimes of considerable value. Patients who are constipated should take liquid paraffin indefinitely. Ileostomy is the logical operation, as it puts the colon at complete rest, but the mortality is fifty percent. The secrets of successful treatment depend upon meticulous consideration and care of each individual patient, the symptoms being treated as they arise. Specific treatments have been successful in the hands of enthusiasts, and less so in the hands of others, and this implies that suggestion plays a powerful part in the remission of the disease. An optimistic attitude is essential and it is necessary that both the doctor and the patient have complete faith in the efficacy of the treatment.

Wittkower made careful psychologic studies in Cullinan's forty cases. In his article in the British Medical Journal he finds that in thirty-seven patients the colitis was antedated by definite psychological disorders well beyond the range of the normal. Among the various psycho-pathological structures observed, obsessionals and hysterics were prominent. He feels that his findings justify an attempt at psychotherapy for selected early cases of ulcerative colitis.

Murry believes that the management of colitis is largely a medical problem. He enumerates the various treatments in the Southern Medical Journal, and places strong emphasis on injections of serums and vaccines prepared from the diplostreptococcus of chronic ulcerative colitis. Except for essential operations, treatment with the knife should be confined to complications.

Kopelowitz reports five cases of ulcerative colitis in the Journal of the Missouri Medical Association. After reviewing the literature and the standard treatments, he concludes that the present treatment leaves much to be desired. It is difficult to speak of cures; comparing ulcerative colitis to tuberculosis, the term "arrested case" should be used. Of the five cases reported one died and the others are not well.

Cartwright states that the treatment of chronic ulcerative colitis is both prophilactic and curative. By the former is meant the prevention of recurrences, as not enough is known about the disease to prevent the first attack. Upper respiratory disease should be avoided and foci of infection, including infected anal crypts, removed. Alcohol, tobacco, and emotional upsets must be avoided. The active treatment is very unsatisfactory. Irrigations are harmful and surgery is dangerous and should not be undertaken except in the treatment of complications, and then, if possible, during a remission. No vaccine, including Bargen's vaccine, is of any use. Alpha napheo is of definite value in bringing about a remission, and has given better results than sulfanilamide. For repeated hemorrhages, blood transfusions are

imperative. Morphine is necessary to control pain and excessive peristalsis.

Kunstler reports a case of ulcerative colitis, following an upper respiratory infection, from which an atypical gram negative bacillus was isolated from both colon and nasopharynx. Her condition was so poor that surgery had been advised by several men. Treatment resulted in constant and progressive improvement and consisted of autogenous vaccine bi-weekly, local therapy with sprays, bismuth subgallate powder introduced by a powder blower, castor oil by mouth frequently, and a suitable diet.

Following the favorable reports of Felsen and Golob as to the use of oxygen in ulcerative colitis, Dack and Dragetedt decided to use this method in a patient on whom an end ileostomy had been performed four years previously. Despite the fact that extensive oxygen therapy was given over a period of one hundred and twelve days, and despite the fact that the chief organism was an anaerobe, the Bacterium Necrophorum which is particularly sensitive to oxygen, the isolated diseased colon failed to heal.

Manville describes a method of topical application of cod liver oil to the mucosa of the descending colon, sigmoid, and rectum. The apparatus used is an ordinary paint gun except that the nozzle is specially designed so that the tip will barely protrude beyond the end of a sigmoidoscope. The patient is prepared as for sigmoidoscopy, except that a cleansing enema of caroid or papain is used to cleanse away the excess mucus and cellular debris which may be present. The sigmoidoscope is inserted full length, the nozzle of the gun placed in position, and the pressure released. The entire apparatus is slowly withdrawn, thus leaving a thin coat of liver oil applied directly to the mucosa. If necessary instructions are also given to use an oil retention enema of one half ounce of cod liver oil at night. Patients who have been treated by this method have distinctly benefitted from the treatment.

Best finds that cod liver oil, instilled into the rectum, is a definite aid to the healing of ulcerative colitis lesions; it is valuable merely as an adjunct and of no value when used alone. Daily instillations of from two to four ounces have been used, following a course of treatment with yatren, acriflavine, and gentian violet. Of seventeen cases, thirteen were practically symptom-free for from three to twenty-two months. The chief value of the oil seems to be that it produces a clean, more pliable, and healthier appearing bowel wall, with less dense scar formation.

Eyerly and Breuhaus find that a mixture of three percent aluminum hydroxide with fifteen percent Kaolin in colloidal suspension is the most effective combination for local treatment of ulcerative colitis. Three to five ounces of this suspension with an equal amount of distilled water is given once daily in the form of a retention enema and retained as long as there is no discomfort. In addition the patients are hospitalized, and frequent high caloric, non-irritating feedings and adequate vitamins given. Eighty-four percent of their series showed marked improvement with this method.

Brannick, Brown, and Foster give a preliminary report on the treatment of twelve cases of ulcerative colitis with sulfanilamide and neoprontosil. Definite improvement was noted in nine cases, with prompt remissions. There were recurrences of symptoms when the drug stopped but these were controlled as soon as the drug was resumed. Since the patients were observed only for from three weeks to eight months, the authors caution about

becoming too enthusiastic over the new drugs. However, they feel that sulfanilamide and its derivatives will find a place in the treatment of certain types of ulcerative colitis. Neoprontosil, while not as effective, is less toxic than sulfanilamide, and is the drug of choice in a disease that requires prolonged treatment. Most of the patients received from three and one quarter to five grams of drug daily, for from ten days to two weeks. The same course was repeated several times, with intervals of a week or two between courses, and then the interval between treatments was gradually lengthened. The plan is being modified by continuing administration of the drug in reduced dosage during what were previously the rest periods for the first few weeks of treatment.

Collins reports the result of sulfanilamide therapy in eleven cases. In his article in the Cleveland Clinical Quarterly he finds that an unusually rapid and satisfactory initial response, maintained to date of publication, was obtained in eight cases. Of these eight cases three were severely toxic and admitted in the acute fulminating stage of the disease. The therapy was not effective in three severely toxic cases. In using the drug low dosage for two to three months must be maintained, before deciding it is ineffective. A blood level of eight to ten milligrams per hundred cubic centimeters is the most satisfactory one, and a daily dose of about forty-five grains must be used. Toxic manifestations were common but subsided with discontinuance of the drug. The use of the drug, by means of retention enemas, has succeeded in reducing the toxic symptoms, and it is possible to obtain a blood concentration of five to seven milligrams per hundred cubic centimeters through this mode of administration. At first small doses by rectum are possible, but with clinical improvement forty-five grains daily in one pint of distilled water may be used. High iron therapy is necessary because of the tendency of protracted use of sulfanilamide to cause a hypochromic anemia. The author concludes that unless surgical indications are present at the time of the initial examination, an adequate trial with sulfanilamide should be included in the management of ulcerative colitis, provided no contraindications to its use exist.

Brown, Herrell, and Bargen of the Mayo Clinic, decided that since the use of sulfanilamide in chronic ulcerative colitis caused a great many toxic symtoms and two deaths, neoprontosil, which is decidedly less toxic, should be used. The following plan of procedure was used; 4 to 5.32 grams of the drug was given daily in five divided doses for ten to fourteen days. Following this initial course of treatment no drug, or 2.64 grams of the drug, was given for ten to fourteen days, and then another full course of the drug was administered. This regimen has been followed for several months or more without toxic manifestations. A small dose of the drug daily prevented tendency to relapse in the early stages of treatment. Sixteen patients, with chronic ulcerative colitis, were treated with neoprontosil, eight receiving no other therapeutic measures. Very marked improvement was noted in all cases. The authors feel that the early cases, with mild to moderate involvement of the bowel, offer the best field for neoprontosil therapy. This preparation is not a cure for ulcerative colitis, but is of value in some phases of the disease. Until a more effective substitute is obtained, its further clinical trial is justified.

Cave and Mackie, writing in the Southern Medical Journal, believe that, except for impending perforation, massive hemorrhage, multiple skin infections, crippling

joint symptoms, continued anemia, and loss of weight and strength, surgical measures should be delayed until two factors have been evaluated; namely, the response to conservative treatment, and the extent of permanent damage to the bowel. When all medical measures have failed surgery is indicated. Ileostomy is fraught with grave danger. The three stage procedure is the safest surgical measure of effecting a cure, dne to a prolonged self immunization from the presence of the diseased bowel, and to careful preoperative preparation. Henry Cave discusses the surgical treatment of intractable chronic ulcerative colitis in the Annals of Surgery. The permanent cure demands the complete removal of the diseased bowel. Medical management has, for the most part, been ineffectual. He believes that the percentage of lasting or permanent cures has been exceedingly small; therefore, colectomy, partial or total, is a measure of necessity. Three operative procedures, frequently performed, have no place in the management of this condition. Appendicostomy, cecostomy, and colostomy are based upon false premises, the assumption that medicated irrigations will eliminate infections and accomplish cures. These procedures are not curative nor palliative, and complicate radical surgery, when it becomes necessary. Partial colectomy is justified in well selected cases, where the disease is limited to one portion of the colon. Ileostomy is essential as the first stage to colectomy. Preoperative measures should be carefully instituted; repeated small transfusions; daily injections intravenously of five percent glucose in saline, colonic irrigations, non-residue diet, and opiates. The best anaesthetic is avertin and cyclopropane. Three stages, sometimes four, are required for colectomy. The first stage is a permanent ileostomy. At least five to eight weeks later the second stage should be done with the removal of the terminal ileum, ascending, transverse, descending and upper sigmoid colon, leaving approximately four inches of sigmoid above the peritoneal reflection. The third stage is a combined abdomino-perineal resection in one stage and takes place two to six months after the second stage. A report of six cases, all female, is given. Two were completely coleomized and four partially. There were no fatalities and all had primary union and smooth postoperative convalescence due to prolonged preoperative preparatisn and to self immunization from the presence of a diseased colon, for a long period of time. With total colectomy the ilialstoma takes on the characteristics of a rectum, only however, after the third stage has been carried out, with the removal of the lower sigmoid and rectum. No permanent deleterious effects have been found to occur in the human following total colectomy.

Tom Jones believes that nearly all cases of ulcerative colitis starts in the rectum and extends in an upward direction to the colon. He feels that surgery should be attempted early, before the whole colon is involved, so that a colostomy, rather than an ileostomy could be performed. When done the colostomy should be at a distance from the infected area, in order to increase the chances for success. If the sigmoid is involved transverse colostomy is necessary, and if the transverse colon is involved ileostomy is the only procedure and should be performed early. If toxic symptoms still prevail, colectomy in two or three stages is essential. Complications of ulcerative colitis constitute definite indications for surgery and these include stricture, polyposis, neoplasm, and perirectal abscess.

Campbell reports a case of chronic ul-

cerative colitis for whom an ileostomy had been done in 1922. A stormy convalescence followed but the patient recovered and remained in fair health until 1925. Medical treatment for six months caused a marked improvement, but when she returned to the Mayo Clinic in 1936 she was in extremely poor shape. Because of her emaciation, marked contracture of the colon, which was serving as a "pus pocket", causing a very marked arthritis, and because medical measures were not effective, colectomy was performed in one stage with removal of the terminal portion of the ileum and the colon to the rectosigmoid. Two months later she left the clinic and after two years was in excellent health with the ileac stoma functioning well.

Cheney in the American Journal of Digestive Diseases discusses the treatment of colitis with liver and Vitamin B-1. He concludes that the majority of patients with idiopathic ulcerative colitis will develop a remission during the first month of therapy with concentrated liver extract parenterally. This improvement is not only symptomatic but the characteristic ulcerations of the bowel tend to heal. Exacerbations occur after treatment is stopped. Treatment consists of parenteral liver extract with Vitamin B-1, (Reticulogen-Lilly), 1cc three times weekly for the first two weeks, twice weekly for the next two weeks, once weekly thereafter, and a maintenance dose of 1cc every three weeks to prevent recurrence.

Sulfanilamide was used in 33 cases of ulcerative colitis by Collins who reports his results in the Surgical Clinics of North America and the Annals of Internal Medicine. Most of the cases were treated with a solution of this drug by rectal instillation and were given 45 grains dissolved in a pint of distilled water divided in four equal doses. With this treatment a blood concentration of 5 to 7 mgms % of sulfanilamide was obtained. The drug was given for 10 days to two weeks, then alternate weeks for 2-3 months followed by a variable rest period. When sulfanilamide was effective the results were manifest in one to two weeks. Collins concludes that sulfanilamide has a place in the treatment of chronic ulcerative colitis. It should be considered as an adjunct to the usual forms of treatment and not as a specific remedy. It has proved of greatest value in the early non-toxic stage of the disease.

Brown, Herrell and Bargen report their later results in the treatment of ulcerative colitis with neoprontosil in the Annals of Internal Medicine. Two groups were treated. Group A were patients in which neoprontosil alone was used; there were 29 patients, 44.8% of whom had excellent clinical results. Group B patients were those in which neoprontosil was supplemented by either serum or vaccine; of the 19 patients so treated 42% had excellent clinical results, 32% fair, and 26% poor results. The clinical response to neoprontosil is not predictable on the basis of the amount of bowel involved by the disease as long as the destruction of the bowel is not too great. The lack of toxic manifestations associated with the use of the drug and the comparatively encouraging clinical responses amply justify the use of neoprontosil in the treatment of chronic ulcerative colitis.

BIBLIOGRAPHY

Feder, I. A.—Chronic Ulcerative Colitis. An analysis of 88 cases. American Journal of Digestive Diseases. 5:239-246. June, 1938.

Mackie—Management of Chronic Ulcerative Colitis. Journal of the Am. Med. Ass. 111:2072-2076. December 3, 1938.

Cullinan, E. R.—Ulcerative Colitis: Clinical Aspects. British Medical Journal. 1351-1356. December 31, 1938.

Wittkower, Erich—Ulcerative Colitis: Personality Studies. British Medical Journal. 1356-1360. December 31, 1938.

Murry, H. E.—Management of Colitis. Southern Medical Journal. 31:46-52. June, 1938.

Kopelowitz, J. C.—Review of Idiopathic Ulcerative Colitis. Journal of the Missouri Medical Association. 35: 41-70. February, 1938.

Cartwright—Chronic Ulcerative Colitis. Journal of the Indiana Medical Association. 31: 66-70. February, 1938.

Kunstler—Medical Treatment of Ulcerative Colitis. Medical Record. 147: 200-201. March 2, 1938.

Daek and *Dragstedt*—Effect of Introducing Oxygen into the Isolated Colon of a patient with Chronic Ulcerative Colitis. American Journal of Digestive Diseases. 5:84-86. April, 1938.

Manville, I. A.—Topical Application of Cod Liver Oil in Treatment of Ulcerative Colitis. Northwest Medicine. 37: 75-77. March, 1938.

Best, R. R.—Cod Liver Oil per Rectum as an Adjunct in the Treatment of Ulcerative Colitis. American Journal of Digestive Diseases. 5: 426-628. September, 1939.

Eycrly and *Breuhaus*—Further Studies in the Treatment of Ulcerative Colitis with Aluminum Hydroxide and Kaolin. Illinois Medical Journal. 74: 534-537. December, 1938.

Brannick, Brown and *Foster*—Therapeutic Effectiveness and Toxicity of Sulfanilamide. Journal of the American Medical Association. 111: 770-777. August 27, 1938.

Collins, E. N.—The Use of Sulfanilamide in the Treatment of Chronic Ulcerative Colitis. Cleveland Clinical Quarterly. 5:161-169. July, 1938.

Brown, Herrell and *Bargen*—Neoprontosil in the Treatment of Ulcerative Colitis. Proceedings of the Staff of the Mayo Clinic. 13: 562-565. September 7, 1938.

Cave and *Mackie*—Chronic Ulcerative Colitis. Southern Medical Journal. 31: 414-417. April, 1938.

Cave, Henry—The Surgical Treatment of Intractable Chronic Ulceratice Colitis. Annals of Surgery. 107: 806-818. May, 1938.

Jones, Tom—The Surgical Treatment of Ulcerative Colitis. Journal of the American Medical Association. 111:2076-2078. December 3, 1938.

Campbell, S. J.—Chronic Ulcerative Colitis With Arthritis and Deficiency State. Treatment of Colectomy. Proceedings of the Staff of the Mayo Clinic. 13: 385-388. June 22, 1938.

Cheney—Treatment of Colitis with Liver And Vitamin B-1. American Journal of Digestive Diseases. 6: 161-169. May, 1939.

Collins, E. N.—Chronic Ulcerative Colitis. Surgical Clinics of North America. 19: 1089-1103. Annals of Internal Medicine. 14: 55-64. July, 1940.

Brown, Herrell and *Bargen*—Neoprontosil in the Treatment of Ulcerative Colitis. Annals of Internal Medicine. 13: 700-714. October, 1939.

TROPICAL SPRUE*

REVIEW OF LITERATURE

JORGE GARCIA BIRD, M. D.

Canóvanas, P. R.

Manson originally described tropical sprue as an "insidious chronic remitting catarrhal inflammation of all parts of the mucous membranes of the alimentary canal occurring particularly in Europeans who are residing or who have resided in tropical or subtropical climates."

Today sprue is described by most writers as a chronic diarrheal condition of uncertain etiology characterized by the passage of large, light-colored and frothy stools, usually in the morning, flatulent dyspepsia and sore tongue, and in its final stages by a marked macrocytic anemia, occurring in people who live or have lived in certain tropical countries.

History

According to Hiatt, sprue was first mentioned in the writings of John Bicknell in America in 1737. In 1776 William Hillary described a peculiar chronic type of diarrhea associated with sore tongue, pallor and emaciation which he had observed in Barbados, under the new name of "athtoides chronica." In 1864 Julien enunciated the view that 'CochinChina' dysentery was a specific condition different from other forms of dysentery. Despite his arguments the French pathologists at home remained unconvinced. Over a century later, in 1880, both Manson in Amoy and van der Burg in Java described the features of the disease which Hillary had observed some years previously. Each of these observers adopted as a scientific name for the disease its popular designation in Java, that is, 'Sprue'. Since then the individuality of sprue has been established and its features have been described by many authors. In the next year, 1881, Sir Joseph Fayrer delivered the Lettsomian Lectures on chronic white tropical diarrhea. Together with Manson, and van der Burg, Fayrer permanently established the disease as a clinical entity.

But it was not until 1908 that Ashford called attention to its existence in Puerto Rico and in the other Americas. Since then the sprue syndrome has occupied a position of distinction in the medical history of the American tropics. Along with the pioneer work of Ashford, other workers such as Suárez, Castle and Rhoads, Rodríguez Olleros and Elders have made subsequent important contributions.

Epidemiology and Endemiology

Data gathered on this subject points to sprue being a regional rather than a climatic disease, and it is one which preeminently affects Europeans. China, India, Ceylon, East and West Indies, Southern United States of America, Central and South America, that is to say, tropical and subtropical countries are all affected. The disease, however, is rare in tropical Africa.

It is a fact that dark-skinned people, usually indigenous inhabitants of the endemic country, are less liable to be attacked than are immigrant races. The disease is

* Thesis submitted to the Faculty of the School of Medicine of Virginia in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Medicine.

often apt to occur in one or more members of the same family. Many instances of sprue developing in husband and wife have been recorded; it is probable that both have been exposed to the same influences.

"There are residences in Bombay and in Ceylon which are notorious for the incidence of sprue in successive tenants, and the term 'sprue houses' has been applied to them", writes Manson-Bahr.

Etiology

There are numerous theories regarding the etiology of this disease but so far none has proven to be strong enough to withstand all clinical and experimental facts.

The original conflict between the theory of an infection and that of a deficiency origin has persisted, and there are still many writers who consider that the evidence is in favor of some infective organism being the cause of the disease. The points in favor of this are the tropical and regional distributions and the fact that husband and wife and sometimes whole families are affected. To the contrary Fairley writes, "The absence of a demonstrable parasitic agent such as a virus, bacterium or fungus, the apyrexial course of the illness, and the essentially non-inflammatory nature of the tissue changes are against an infective origin."

The theory of Monilia, a yeast-like fungus, discovered by Kohlbrugge, as the infective agent was strongly supported by Bailey K. Ashford. Working in Puerto Rico, he claimed that he had found Monilia consistently on the tongue and in the feces of his patients and therefore concluded that sprue was due to a Monilia organism and that it was a communicable disease. Ashford's views were, however, subsequently modified to admit the basic factor of nutritional unbalance as the etiologic agent in this disease. Suárez, later in 1939, based on studies of 150 cases, firmly believed that there is a definite hereditary factor in sprue which explains the presence of the disease in several members of the same family, therefore, rejecting the theory of contagiousness. It seems to me, however, that if several members of the same family are exposed to the same influences such as dietary deficiency, tropical climate, etc., it is feasible to explain the presence of sprue in several members of the same family in this manner.

The infectious theory was soon followed by the calcium deficiency theory of Scott due to parathyroid hypofunction. It is true that the total calcium is below normal in about half the cases but the more marked deviation from normal is the reduction in ionic calcium, now believed to be due to failure of absorption from the intestinal tract.

This brought the theory of simple failure of absorption due to degenerative and atrophic changes in the intestinal mucosa to prominence but recent work has shown that there are no constant histological changes in the mucosa of the gastro-intestinal canal in sprue.

Soon food deficiencies gained a prominent place as a possible cause of sprue. Absence or deficiency of A and B vitamins, extrinsic and intrinsic factor deficiency, and deficiency of certain important amino acids, were all suggested.

Finally, Fairley has suggested that it is a metabolic failure, a functional rather than a mechanical failure, to absorb and to utilize both fats and carbohydrates. All these theories can to a certain extent be correlated. Napier (1939) believes that sprue is a metabolic breakdown, a failure to absorb and utilize fats, glucose, calcium, haemopoietin, and other essential sub-

stances as a result of some infection, or a succession of debilitating infections, unsuitable diets over a long period, including excess of fats and carbohydrates with deficiency of 'good' proteins, and an ill distribution of blood supply in a hot, humid climate in which the skin demands too much blood and the viscera are left in a relatively anemic state.

The concept of a deficiency disease has been able to withstand the various clinical and experimental studies made by Elders (1917), Ashford (1922), Castle and Rhoads (1919), Suárez and Rodríguez Olleros (1938). These investigators confirmed the general opinion that deficient diets, low in animal proteins and probably poor in vitamins A and B as well, frequently antedate the onset of clinical sprue.

In 1926 Minot and Murphy announced a successful treatment for pernicious anemia consisting in a diet including large amounts of liver, which subsequently proved to be effective also in the treatment of macrocytic anemia of sprue. In 1935, Castle, Rhoads, Lawson and Payne, in a series of experiments, demonstrated the absence in the gastric secretion of untreated patients with pernicious anemia of an essential constituent which was called the 'intrinsic factor'. The gastric secretion of the normal individual was shown to be ineffective by itself, as was beef muscle (supplying the extrinsic factor) alone, or on administration to suitable patients with pernicious anemia. However, when the two substances were given together, increased blood formation and clinical improvement similar to that induced by liver were observed. It is, therefore, believed that Addisonian pernicious anemia develops in individuals whose gastric juice does not contain any or sufficient amounts of the intrinsic factor to react effectively with the extrinsic factor present in the diet and associated with vitamin B_2 (G), and thus produce the antianemic principle which in normal individuals is stored in the liver and other tissues. This substance permits normal bone marrow function, and so prevents development of anemia. We see then that pernicious anemia may develop from lack of either the intrinsic factor or of the extrinsic factor or from lack of both. Later, Castle considered the possibility that ineffective intestinal absorption even in the presence of normal gastric mechanism might lead to the development of pernicious anemia. Neither of the above three factors has as yet been worked out completely and identified.

With regard to sprue, Castle and Rhoads believe that the causative effects are mainly of the dietary or extrinsic factor. This opinion correlates well with the existing evidence of dietary deficiency in many patients preceding the development of sprue, and with the much lower incidence of achlorhydria in the patients with sprue than in pernicious anemia. Rodríguez Molina and Suárez, however, believe this view does not explain the causative effect in individuals who develop sprue in spite of a normal intake of food and vitamins. They believe that a defect of the intestinal absorption occurring in the intestinal tract in sprue is more fitting with the course of events.

"The frequent apperance of hypochromic anemia in sprue," writes Castle and Rhoads, "clearly suggests the possible influence of some degree of 'iron deficiency' on the anemia in combination with the effects of 'liver extract deficiency' leading to lingual and gastro-intestinal symptoms and to macrocytic anemia." In a few patients of their series, the lingual and gastro-intestinal symptoms were promptly relieved by liver extract, but the blood values were not significantly improved

until therapy with iron was begun. In numerous other instances, it became apparent that the prolonged use of both liver extract and iron was necessary in order to restore the blood values to normal.

In his Conferences on Therapy, 1939, Dr. Rhoads brings up a very interesting and unexpected fact. "In further studies of sprue", he writes, "many cases required enormously greater amounts of antianemic liver extract than did patients with pernicious anemia at the same blood levels. This fact suggested that in sprue, as well as in some cases of pernicious anemia, some factor might be operative which increased the requirement for antianemic material —in other words, some metabolic abnormality of the body might condition the deficiency of liver extract (the product of the interaction of gastric juice and the vitamin B_2 complex). It was known that patients with pernicious anemia excreted large amounts of indican as ethereal sulfate in the urine. Accordingly, the effect of feeding indole, the source of indican, to dogs was tried. There was little or no effect on the blood picture. If, however, these dogs were fed diets lacking in the B_2 complex but insufficiently so to cause anemia, the administration of indole produced a severe hemolytic disorder with exceedingly low blood levels and without essentially elevated levels of reticulocytes. If the administration of indole was continued and the diets were supplemented with liver extract as a source of the lacking factor, reticulocyte crisis and rapid disappearance of the anemia resulted. This effect was coincidental with a decrease in the activity of the hemolytic process." This experiment is of some importance. It demonstrates for the first time that the toxicity of a compound may be conditioned by the lack of a dietary constituent. The balance between the toxic compound and the dietary constituent is remarkably constant. If an excessive dose of the toxin is given, anemia will develop irrespective of the amount of vitamin fed. If a small amount of toxin is given and a normal diet is fed, the anemia disappears. If the same dose of toxin is continued and the diet is made deficient, the anemia reappears. Even though the administration of toxin is continued, however, the anemia disappears once more when the lacking factor in the diet is administered.

Much discussion has arisen as to what is the direct cause of the gastro-intestinal atrophy producing poor intestinal absorption and as to whether poor intestinal absorption precedes or is a result of sprue. On this subject Veeder has recently written: "Deficient parathyroid and adrenal secretion have been suggested as the cause of intestinal dysfunction. It would seem that the thyroid must also be hypoactive to account for the lowered basal metabolism. Sprue does apepar to be associated with hormonal insufficiency. The anterior pituitary is the master gland of the body exerting control on the operation of the thyroid, the parathyroids, the islands of Langerhans, the adrenals and the various sex hormones. It is possible that this gland also controls the functions of the intestines. Schooley, Riddle and Bates by data obtained from hypophysectomized pigeons found that the anterior pituitary supports the development and the maintenance of intestinal tissue. Ten days after hypophysectomy, the empty intestinal weight decreased forty-one per cent and the villus length twenty-five per cent. Injection of prolactin restored the intestinal weight and structure, but pituitary extracts free of prolactin failed to maintain body weight and permitted equivalent or greater decrease of intestinal tissue.

"Let us assume that in man as in pi-

geons a functional failure in some degree of the anterior pituitary secretion is responsible for the failure of the function of absorption of the intestine, and that this pituitary hypofunction is precipitated in some individuals by tropical service. It is well known that tropical service results in a lowering of the systolic blood pressure; that is, the stimulus of the anterior pituitary to the adrenals has decreased.

"The low blood pressure in cases of sprue has been noted. It is possible that this is not the result of sprue but its antecedent. People who have originally a low blood pressure and who have normal adrenals, have it because the anterior pituitary is hypoactive on the adrenals. When these patients go to the tropics the anterior pituitary is further depressed, the blood pressure falls below 100, and the intestinal dysfunction commences.

It is true that Vedder recognizes that the above is purely theoretical but it is hardly probable that all individuals with a low blood pressure and normal adrenal glands are potential candidates for acquiring sprue if they reside in the tropics or coeliac disease if they remain away from the tropics. Is it not true that patients with pituitary hypofunction may live in the tropics without acquiring sprue or live in the non-tropical climates without acquiring coeliac disease? Therefore, if one considers all pituitary hypofunction as a possible etiological factor, one must bring in some other factor or factors to work synergetically with pituitary hypofunction to be able to explain why all cases of pituitary hypofunction in the tropics or in the non-tropics do not acquire sprue or coeliac disease, respectively.

Pathology

Changes from mouth to ileocecal valve have been described by many authors. There is thinning and loss of papillae of mucous membranes of the tongue which is easily damaged and therefore there are aphthous ulcers, and general soreness, loss of submucous tissue and atrophy of the muscles. There are no constant changes in the mucous membranes in any part of the intestinal tract, but thinning of the mucous membranes, loss of submucous tissue and wasting of muscular coats. Napier believes that ulcerations, when they occur, are incidental and no part of the general pathological picture. Changes in the intestinal villi due to infiltration with small round cells and followed by degeneration and atrophy of the villi are ascribed by Castellani, Napier, Suárez and others to postmortem distention and rapid degenerative changes. Three cases recently examined within one hour of death by Mackie and Fairley failed, as in Thaysen's case (1931), to reveal specific atrophy or inflammatory lesions of the gastro-intestinal tract and Fairely now regards the intestinal and visceral atrophy, the small heart with its characteristic brown atrophy, and the megaloblastic red marrow as secondary to a gastro-intestinal derangement, the essential cause of which is still under investigation. A. Rodríguez Olleros has found atrophy of the gastric mucosa in many cases of sprue on gastroscopic examinations, the changes, however, not being as marked as those seen in pernicious anemia. "In twenty-eight cases of the syndrome of tropical sprue investigated by means of the flexible gastroscope of Wolf-Schindler," he concludes, "we found that the predominant lesion is one form or another of atrophic gastritis, sometimes generalized and at other times affecting limited areas. This gastritis has a tendency to be less intense than that seen in pernicious anemia, and in a general way, we

have come to believe that there exists a relationship between the intensity of the symptoms and that of the anemia on the one hand, and the degree of atrophy of the gastric mucosa on the other. The atrophy of the gastric mucosa develops secondarily to the syndrome of sprue and to the anemia, and may be cured or greatly improved by liver therapy in much the same manner as has been found true for pernicious anemia." However, in later studies Rodríguez Olleros has found that the regeneration of the gastric mucosa in older people is more difficult and sometimes impossible to improve with liver therapy. This he explains by saying that the gastric mucosa in older people has not only lost most of its regenerative power but also has undergone such a marked degree of atrophy over a long period of time that liver therapy has little or no effect in stimulating the mucosa to regenerate.

All the internal organs, including the heart, show atrophic changes. Suárez, in a study of twenty-five cases (untreated), found that the venous pressure and circulation time were within normal limits in all of the patients. It might be interesting to mention that a concomitant infestation with Necator americanus in nine cases did not modify the tendency to small or normal cardiothoracic ratios. The vital capacity in eighteen out of the twenty-five cases studied was found to be anywhere from 200 to 1200 below the estimated capacity for the specific individual. Mackie states that in sprue "the cardiovascular system is not primarily involved. When the disease has become well established and emaciation and anemia have developed, the efficiency of the circulatory apparatus is indirectly but often significantly affected. The blood pressure progressively falls and in the more advanced stages tachycardia and widening of the cardiac diameters appear." Suárez found that in his series the blood pressure was generally low, but when clinical and hematological improvement supervened in response to dietary and liver therapy, the blood pressure rose and in not a few cases troublesome symptoms and definite signs of hypertension appeared. The electrocardiographic findings were essentially negative throughout.

The bone marrow in the majority of cases is jellified and megaloblastic. Napier found there is a general megaloblastic hyperplasia, with a peculiar gelatinous appearance of the marrow, which is found in certain nutritional anemias and is probably due to specific starvation. Castle, Rhoads, Lawson, and Payne, and Suárez found that in untreated patients with severe anemia, the essential change is a proliferation of megaloblasts with suppression of maturation beyond this stage. During remissions induced with liver therapy the marrow tends to return to normal through a transitional stage in which are seen large numbers of normoblasts. The cellular changes in the normally active marrow in different stages of the disease were thus similar to those observed in cases of pernicious anemia by Peabody.

The blood picture in sprue is very similar to that of pernicious anemia. The anemia is most constantly of the macrocytic type, usually hyperchromic, occasionally hypochromic, very rarely normocytic, but never microcytic. Ninety to ninety-five per cent of the cases of sprue, if not all, show a red count below four millions per cmm., the average red cell count being around two and one-half millions erythrocytes per cmm. The hemoglobin ranges from as low as sixteen per cent to as high as 100 per cent, the average being from sixty-five to seventy per cent. Fairley, Mackie, and Billimoria found that over half of their

sixty-seven patients had a color index of 1 or more. This was corroborated by Baumgartner in later studies. Suárez, in his study of 150 cases, found that the color index was below 1 in twenty-three cases and two cases were as low as .70 and .64, respectively. The highest color index that he found was 2.2 and the average was 1.22. All these authors have emphasized the large size of the red cells in those patients with a high color index, and they all agree that the volume index is rarely below 1. Examination of stained smears reveals nucleated red cells, anisocytosis, poikilocytosis, macrocytes, few microcytes, polychromatophilia, basophilic stippling, Howell-Jolly bodies, and Cabot's ring bodies. Many megalocytes also may be found in some cases. The white blood cells have a tendency to be decreased in number with a relative lymphocytosis in the patients with the lower red blood cell counts. A reduction of platelets is often observed. Fairley, Mackie and Billimoria found that the bilirubin content of the blood was not increased so constantly as in cases of pernicious anemia with relapse. Castle, Rhoads, Lawson and Payne found that the icterus index is elevated above the normal value of six units, usually being above ten units.

After reviewing the experimental work of the above authors, it is thus difficult to discover in the comparison of the morphological characteristics of the blood in sprue and in pernicious anemia any consistent criteria for differentiation of the two diseases.

Severe diarrheas, as occurs in sprue, interfere with the proper absorption of proteins, fats and carbohydrates. Thus, low sugar curves are found in sprue, and the presence of split fats in large amounts in the stools is a common occurrence. The Rockefeller Institute in recent work has demonstrated an absence of normal, increasing lipoids in the blood after a fat meal in sprue patients. On parenteral administration of liver extract, however, lipoid levels approaching normal were found. Normally the total fat is ten to twenty-five per cent of the weight of the dry stool, according to Napier, and of this, two-thirds is split fat; this split fat is found in the stools as fatty acid or combined as soapy fat, one-third remaining as neutral fat. "In sprue," he writes, "in eigthy per cent of the cases the fat is over twenty-five per cent of the weight of the stool and it may even be sixty per cent; and the ratio of neutral fat to split fat is one to three or even five, the important view being that, though the pancreas is doing its work, the fat is not being absorbed or utilized."

The role of the pancreas in sprue is very important. The occurrence of a flat glucose tolerance curve reported by Hess Thaysen (1932) and by Hanes (1935) in non-tropical sprue and by Fairley in tropical sprue has been corroborated by Suárez (1938) in a study of forty cases. According to Thaysen, the sugar curve tends to return to a normal level as the patient recovers. Suárez found this was true in most of his younger patients whose gastrointestinal tract had not yet suffered marked degenerative changes. In his older patients, however, the majority continued to give a flat glucose tolerance curve after complete restoration to normality of the clinical and hematological pictures, and while still being under parenteral liver therapy. This seems to indicate, concludes Suárez, that in sprue permanent gastrointestinal damage occurs which is not relieved by liver therapy. Based on this and on the observations of Barker and Rhoads on the absorption of fat in five cases of sprue, Suárez favors the theory

of deficient intestinal absorption and tends to discard the idea which the altered glucose and fat metabolism seemed to indicate, of pancreatic disease as an etiologic factor in sprue.

As a corroborating evidence the pancreas was found to be of normal size, color and consistency in sixteen cases studied by Suárez in Puerto Rico. Histologically the organ was normal in all cases but two. In the first one "the acini in general were found collapsed, indicating inactivity," and in the other case, "the pancreas was large, but there were no areas of hemorrhage, or fat necrosis. Adipose tissue had replaced part of the parenchyma, the organ being otherwise normal."

The results obtained by Suárez, Castle, Rhoads, Ashford, Mackie, Fairley and others using alcohol test meal and histamine injection for fractional gastric analysis coincide. "It can be concluded," writes Suárez, "that sprue cases, with very few exceptions, show either a total absence of free HCl or a most definite hypochlorhydria." Napier, of London, and Rodríguez Molina have found that there is free HCl frequently in many cases of sprue, but that the acid curve is usually low.

Symptomatology

There is infinite variety in the combination and in the severity of the various symptoms of sprue, as well as in the rate of progress of the disease. In some instances it may be almost a subacute process, running its course in a year or two; in others, again, it may drag on intermittently for ten or fifteen years. Much depends in this respect on the circumstances, the character, the care, the treatment, the age and the intelligence of the patient.

The onset of the disease may be slow and mild, or mild but insidiously progressive, or rapid and severe. Usually it begins with slight attacks of sore mouth, indigestion, and morning diarrhea, often of a bilious nature; but as none of these is severe, and all are evanescent, the patient thinks little or nothing about them, and does not consult a medical man until the disease is well established.

In an ordinary fully developed case the patient complains of three principal symptoms: soreness of the mouth, dyspeptic distention of the abdomen (epigastric distress, heartburn, abdominal discomfort and pain following ingestion of food), and looseness of the bowels; the last being particularly urgent during the early morning and part of the forenoon. The patient also complains of feeling physically weak, a loss of memory, and of inability to take exercise or to apply his mind, and he is irritable and unreasonable.

Manson-Bahr (1940) writes a very good descriptive history of a typical case of sprue. "On inquiry," he says, "we shall probably learn that the patient has been suffering for months or perhaps for years from irregularity of the bowels. This, we may be told, began soon after arrival in the tropics as a bilious morning diarrhea. For a long time this morning diarrhea went on, without interfering in any way with the general health. Later, the mouth, now and again, became tender, little blisters or excoriations appearing for a day or two at a time about the tip of the tongue or inside the lips. These sore spots would come and go. Perhaps from time to time exacerbations of the mouth symptoms would be associated with a little increase of diarrhea. Gradually the stools lost their biliousness and became pale and frothy; dyspeptic symptoms, particularly distention after meals, now appeared. As time went on, these symptoms would recur

more frequently and in a more pronounced form, following, almost inevitably, any little imprudence as regards food or exposure. The general condition now began to deteriorate; emaciation, languor, lassitude and inability to get through the day's work satisfactorily becoming more pronounced each summer until a condition of permanent invalidism was established. Should the disease continue to progress, the emaciation advances slowly but surely. Diarrhea may be almost constant, and now no longer confined to the morning hours; the complexion becomes dark, sometimes very dark; the appetite, sometimes in abeyance, is more frequently ravenous, unusual indulgence in food being followed by increased discomfort, temporarly relieved by smart diarrhea. At length the patient is confined to the house, perhaps to bed. The feet become edematous, and the integuments hang like an ill-fitting garment, the details of the bony anatomy showing distinctly through the dry, scurfy, earthy skin. Finally the patient dies in a semicholeraic attack or from inanition or from some intercurrent disease. Such is the history of an ordinary, mismanaged case of sprue."

Dyspepsia as a rule appears early and may or may not follow a dietary indiscretion or alcoholic excess. Flatulence, eructation, heartburn and epigastric distress are common and made worse by the ingestion of carbohydrates and greasy, fried foods. Indigestion may persist for months before other aggravating and significant symptoms appear, but soreness of the mouth and tongue, associated with diarrhea, appears in the picture after two or more months of dyspepsia. Watery, copious, frothy stools, not necessarily grayish or light colored, which may or may not be ushered by tenesmus, soon dominate the picture. Blood and mucus are found in some instances. Movements are nearly always preceded by an urgent desire to go to stool. The frequency of stools is variable, but according to Rodríguez Molina, the number of stools occurring during the day is by far much higher than those taking place at night. By this time the patient has a sallow muddy complexion and a parchment-like skin with patchy pigmentation on different parts of the body, e. g., the malar eminences, forehead, buttocks, etc., and the patient is emaciated and anemic. The anemia may be very prominent and many of the symptoms may be attributable to this. A low irregular fever is not uncommon. The tongue has a characteristic appearance; at first it is red and sore, the mucous membranes are thickened and folded, then later it is red and smooth with loss of papillae, and aphthous ulcers form on the edge and other parts of the tongue and in the mouth generally. The abdomen is distended and its thinned parietal wall but scantly covers the coils of gas-distended bowel beneath. Peristaltic movements may be visible in severe cases, and the liver dulness is diminished due to an actual decrease in the size of the liver and to the general distention of the intestines.

In due course the patient becomes very emaciated, weak physically, and depressed and irritable mentally. All the symptoms continue to grow worse, while the pulse becomes slow and feeble. Castle and Rhoads in eight of the ninety-two patients they were studying found definite symptoms and signs referable to the spinal and peripheral nerves. "The symptoms," they wrote, "are not to be confused with the infrequent and inconstant cramps of the muscles, or transitory numbness and coldness of the hands and feet. These patients exhibited a definite instability of locomotion and complained of constant sym-

metrical paresthesia in the hands and feet. Some diminution of the sense of vibration of the ankles was present in all; in three patients the knee jerks were greatly diminished, but in none was the Babinski phenomenon present." Manson-Bahr writes: "Tetany associated with dilatation of the stomach is quite common in long standing cases and is also found in the early stages where there has been dehydration of the tissues and hypocalcemia. It can often be elicited in the hands as Trousseau's sign, i. e., compression of the upper arm. Cramps in hands and legs may be a particularly distressing feature in an advanced case of the disease."

Ashford gave an excellent summary of the general clinical picture. Regarding the symptoms which are referable to the spinal cord he said: "This syndrome is extremely rare in sprue. With exceptions noted, numbness in the extremities and tetanoid cramps in the muscles of legs, the symptoms relative to cord lesions are not characteristic of sprue. Insomnia, sluggish or abolished knee reflexes, nervous depression and irritability, vague muscle pains, palpitation of the heart, loss of memory and weight over the cerebellum are frequent in sprue but headache and dizziness are not common. That the central nervous system is not organically affected as a rule and that these symptoms are functional due to disordered nutrition is seen in their prompt dissipation by an adequate sprue diet, perhaps reinforced by calcium therapy and parathyroid extract subcutaneously administered. Only rarely are definite lesions of the cord evidenced in sprue and then they are almost always slight and ephemeral when a proper diet is applied." However, Manson-Bahr writes that in his opinion "no distinction can be substantiated between the spinal symptoms of sprue and pernicious anemia, for in two longstanding cases of sprue with severe anemia, I observed the advent of unmistakable signs of cord involvement in spastic paraplegia, ankle clonus, positive Babinski's signs, and eventually complete and fatal paralysis of the lower extremities. There was nothing in these cases to differentiate them from other cases of subacute combined degeneration."

It is interesting to say that in some individuals an acute, explosive picture with classical features occurs in two months, while others suffer for several years and linger on at a low threshold of health. Sprue is essentially a chronic disease with remissions, intermissions and recurrences, but unless taken seriously in hand goes steadily from bad to worse.

Differential Diagnosis

The diagnosis of this disease is to be based upon the irregular chronic diarrhea occurring especially in the morning, and associated with flatulent dyspepsia, macrocytic anemia, neurasthenia and melancholia, sore tongue and mouth, large amount of fat in the stools, progressive emaciation and physical weakness. Indeed, a good history is the cornerstone of the diagnosis.

Sprue should be differentiated principally from Addisonian pernicious anemia, pellagra, chronic dysentery, and nontropical sprue. As it is well known, the symptomatology of sprue resembles pernicious anemia so closely in that gastrointestinal abnormalities, macrocytic anemia and neural manifestations are encountered in both that occasionally there is great difficulty in making the differential diagnosis. In general, however, in each disease the incidence and degree of disturbance of the three systems of the body differ; and in different individuals with each dis-

ease the extent of the involment of any of the three systems is variable. The same is true of pellagra. Rhoads and Miller said that "the only difference between certain cases of sprue and pernicious anemia was that a substance rich in the water soluble vitamin was therapeutically effective per se, at least in certain cases of sprue, whereas it was effective in pernicious anemia only after it had been incubated with normal gastric juice." Rodríguez Olleros, Schindler and Serby in a recent report of the gastroscopic findings in sprue and pernicious anemia patients corroborate the conclusions and strengthen the opinions expressed by other authors that from the gastroscopic study alone it is not possible to differentiate doubtful cases of sprue and pernicious anemia. In a recent work Rodríguez Olleros writes that "while studying the elimination of neutral red by the gastric mucosa of patients with tropical sprue, we observed that in spite of the existing atrophy of the mucosa of the stomach the dye was eliminated. In pernicious anemia, on the other hand, the elimination of neutral red by the gastric mucosa does not take place. If these observations should be verified by other workers, a hopeful test will be available for the differential diagnosis of the two diseases." His conclusions were that patients with sprue begin to eliminate neutral red through the gastric mucosa sooner than do patients with other diseases and the same degree of gastric acidity and a similar atrophic gastritis. Since patients with primary anemia do not excrete the dye, therefore the use of neutral red can be employed as a help in differential diagnosis in puzzling cases.

"The tongue condition in sprue is suggestive of pellagra," writes Napier, "but the characteristic fatty stools of sprue are not found in pellagra." The mental symptoms of sprue though frequent are usually not so pronounced as those of pellagra, but are perhaps more marked than those of pernicious anemia. Although pigmentary changes of the exposed surfaces of the body have been also noted both in sprue and pernicious anemia, Castle and Rhoads believe that the cutaneous lesions of pellagra remain the outstanding differentiating feature of the disease. Anemia of the macrocytic type may occur in all three diseases although it is not so common or severe in pellagra as in the other two. "In none of these conditions is macrocytic anemia invariable," writes Castle and Rhoads, "and the development of hypochromic anemias has been reported in each." The pellagra tongue is pointed and when it is inflammed and painful the process is found to be generalized over the whole organ, and not confined to certain definite and circumscribed areas as in sprue, and there is ulceration at the angles of the mouth.

The etiology of coeliac disease is probably different from that of sprue but the stools are very similar in appearance and in chemical composition. The disease is associated with stunted growth and incomplete sexual development. There is no involvement of the tongue and mouth and the anemia is not so severe as in sprue. Symptoms usually disappear on placing patient on a fat-free diet.

Idiopathic steatorrhea is probably similar to coeliac disease persisting in adult life and is probably the disease described by others as non-tropical sprue. There is a nutritional disturbance associated with osteomalacia, tetany (due to disturbance of the calcium metabolism) and hypochromic anemia.

The differentiation of sprue from chronic pancreatitis may present difficulties. In the latter disease the neutral fats predominate in the feces; the tongue and mouth are not involved.

Treatment

The practice of prescribing a diet for any condition with gastro-intestinal symptoms is almost axiomatic in the lay and medical minds. To this principle the treatment of sprue with a dietary regimen including meat, milk or fruit has not been an exception. Benefit has also been ascribed to liver soup since its introduction by Sir Patrick Manson in 1883. Several different diets have been advocated, including the fruit diet of van den Bergh, the milk diet of Manson, and the raw meat diet of Cantlie. These authors believed that sprue patients should eat nothing but their respective diets for several weeks if improvement was to be expected. On the basis of biochemical findings Fairley (1930) successfully employed a series of graded high proteins, low fats and low carbohydrate diets with an energy value varying from 700 to 3000 calories, and possessing a protein: fat: carbohydrate ratio of 1.0: 0.3: 1.3 instead of the usual 1.0: 1.0: 4.0 ratio. The source of protein was lean red meat and more recently a defatted high protein milk poder (sprulac) has been introduced by Fairley (1932). As the intestinal features subside and the stools become more normal, diets of increasing caloric value are gradually substituted, a convalescent high protein diet including fruits and vegetables being generally permitted about the fifth or seventh week. Minot and coworkers in their year book of 1940 give a detailed diet given to sprue patients at the present time.

Diet for Sprue

Breakfast:

Toast, 1 thin slice, small piece of butter.
Fresh fruit, large serving.
Eggs, 2, prepared in any manner desired.
Milk, at least 1 large glass (may be heated and used in coffee or made into cocoa).

Luncheon:

Meat, large serving (1/3 pound at least).
Vegetables, 2, or 1 and salad.
Milk puddings, gelatin, ice cream or fresh fruit.
Crackers (2 only) with cheese.
Milk, 1 glass.

Dinner:

Fruit cocktail or tomato juice.
Beef broth or cream soup (made with milk, no butter).
Meat, large serving (1/3 pound at least).
Vegetables, 2 at least.
Desserts, as for lunch.
Milk, 1 glass.

Eggnogs, milk, or fresh fruits may be eaten between meals. Diet should consist largely of protein:

Meat: Meat should be lean and rare. Beef, lean, roast, or steak. Lamb, lean, roast or chops. Ham, lean. Liver, tongue, heart, kidney or sweetbreads. Fish, any fresh fish. Lobster, crabs or oysters.

Milk and milk products: Milk, buttermilk and American and cottage cheese.

Eggs: Prepared in any manner desired.

All fatty foods should be avoided: Butter, cream, lard, olive oil and oil salad dressing, avocado pears, pie, pastry and foods fried in fat.

All starchy foods should be avoided:

Potatoes, beans, corn, bread, cereals, cake, candy.

Recently the emphasis placed on intensive feeding of liver and liver extract in pernicious anemia has been carried over to the treatment of sprue largely as a method of combating the anemia. Nevertheless, although the oral administration of certain liver extracts and stomach preparations has been noted to produce hematopoietic effects in cases of sprue, some type of diet has usually been prescribed for the control of the diarrhea. Bloomfield and Wyckoff (1927) noted great improvement in a case of sprue given the high liver diet of Minot and Murphy. Ashford (1928) and Fairley (1930) confirmed this result in a large series of cases employing liver extract (Lilly 343). "Almost invariably," writes Fairley, "the anemia is megalocytic and often hyperchromic in type and, provided the diarrhea be controlled by suitable dietary measures as outlined above, the administration of commercial liver extract in adequate dosage is followed, as in pernicious anemia, by a maximum reticulocytosis inversely proportional to the red cell count and by a rapid blood regeneration." Recently Manson-Bahr and Willoughby wrote: "The cure of sprue depends upon the administration of a nutritious diet which is easily assimilable with the addition of protein and liver in order to stimulate the hematopoietic functions of the bone marrow."

Unquestionably, the two most important factors in the treatment of sprue are an appropriate diet and adequate liver therapy. Such drugs as HCl acid, calcium, phosphorus, pancreatin, cholagogues and glandular extracts are almost valueless in sprue. It is the general opinion that a diet rich in proteins and low in fats and carbohydrates, as recommended insistently by Ashford, is essential for the well being of the patient, at least while he resides in the tropics.

Miller and Rhoads said that flatulence, intestinal discomfort, cramps and diarrhea recurred in patients having had sprue unless a sufficiently large amount of liver extract was administered at frequent intervals. This was the case despite the fact that no definite detectable hematologic disturbance was present. Thus the intestinal dysfunction, they concluded, rather than the anemia has been the guide for the administration of therapy. Subsequently Miller and Rhoads modified the previous statement, saying, "The maintenance of a diet for sprue in addition to liver therapy gives a patient more complete relief from gastro-intestinal symptoms than does liver extract alone."

"In the younger patients who have shown slight gastro-intestinal manifestations, or none at all, a strict adherence to diet is not essential, but in the older patients with long standing sprue symptomatology and in whom more or less permanent symptoms of degeneration have taken place, liver therapy even in large doses has failed to improve the diarrhea unless a strict dietary regime is followed," writes Suárez.

The therapeutic failure in sprue of certain preparations which had been considered potent in the treatment of Addisonian pernicious anemia is well known. Ventriculin, Extrolin and Autolized liver extract have failed in sprue. The failure cannot be attributed entirely to deficient gastro-intestinal absorption for in many cases aqueous liver extract (Valentine) induced rapid clinical and hematological improvement. Suárez reported the highest reticulocyte count observed in sprue (sixty-five per cent) in a patient who received aqueous liver extract per os after

full doses of Ventriculin administered during fifteen days had shown no effect.

Lilly's 343 is a relatively crude or diluted extract, high in ash, together with a large percentage of inert material and undoubtedly carries with it an appreciable amount of the B_2 complex. It is undoubtedly highly beneficial in the treatment of sprue anemia. Concentrated liver extract containing not more than traces of the various vitamin B components proved effective in the treatment of pernicious anemia. Lack of response of sprue anemia to the concentrated liver extract would have served to differentiate sprue from Addisonian pernicious anemia and to establish B_2 hypovitaminosis as the most important factor in the etiology of sprue. However, Snárez in a study of seventy cases, and other authors, have concluded that despite its low vitamin B content, concentrated liver extract is highly beneficial in the treatment of sprue, including cases with spinal involvement.

"As blood regeneration proceeds the rate of cell production generally exceeds the percentage increase of hemoglobin, so that by the time normal counts are reached the color index approximates to 0.9," writes Fairley. There is a simultaneous decrease in the average diameter of the corpuscles, anisocytosis gradually disappears, and the Price-Jones curve, which generally shows a well defined displacement to the right and broadening of the base at first, returns to its normal position and symmetry." Sometimes a lag in the production of hemoglobin occurs, the cells appear hypochromic, and the color index approaches 0.7; in these circumstances iron in full dosages is indicated. Diluted HCl may be given thrice daily after meals with benefit when the acid secretion has been found defective. Fairley believes that blood transfusions should be employed only as an emergency measure to tide a gravely anemic patient over the few days which liver extract takes to exert its beneficial action on the megaloblastic marrow. In regard to this Manson-Bahr writes, "The results of blood transfusion appear to be due not so much to the mechanical replacement of the destroyed red blood cells as to the stimulation of the hematopoietic system. It's hardly necessary to observe that in order to obtain full benefits of blood transfusion, the strictest dietary methods are necessary." He concludes by saying, "I am convinced that no other therapeutic measure gives such a brilliant result in sprue anemia as does blood transfusion. Immediate and apparently permanent benefit has occurred even in cases which appeared to be in extremis." I quite agree that blood transfusions are highly beneficial in the treatment of the anemia of sprue but I am not convinced from the many cases I have seen treated in such a way, that the results are permanent as Manson-Bahr claims. Of course, if the patient continues a strict dietary regime and his blood picture has improved to normal levels through the administration of blood transfusions, the patient may continue to maintain his normal status probably without the need of further transfusions, and in this sense the permanency of the effects of blood transfusions may be argued. But if blood transfusions are used as the sole treatment of sprue, failure to improve both clinical and hematological symptoms and signs is bound to occur, for their effect is only temporary if not complemented with the use of liver therapy and the keeping of a strict dietary regime.

Regeneration of blood is aided in the opinion of many authors by giving Liquor Arsenicalis (Fowler's Solution). The initial dose recommended is one minim three

times daily, and it is gradually increased until the patient is taking fifteen minims daily. The arsenical treatment must be continued for three or four weeks and after a period of a week's rest, resumed. One must be on guard against symptoms of arsenical intoxication although it almost never occurs with the above regime.

"Our investigations," writes Castle, Rhoads, Lawson and Payne, "indicate a most regular and striking action of certain liver extracts effective in pernicious anemia on the lingual and gastro-intestinal symptoms of sprue. In some of our patients orally administered liver extract was effective in controlling lingual and gastro-intestinal symptoms but the majority of the patients were not remarkably improved until treatment by the parenteral route was instituted. The usual initial dosage was the amount of liver extract derived from 50 or 100 grams of liver, given by weekly injections, or the amount derived from 10 grams of liver injected daily. Under this therapy lingual symptoms were invariably entirely relieved within a week and diarrhea was usually greatly diminished or even abolished within a similar time. The epigastric distress and flatulence were correspondingly improved. Within two weeks the stools were usually formed. At the same time the sense of well-being and the appetite were rapidly regained and weight and strength were gradually augmented. These effects parallel the dramatic clinical results observed in the remission in pernicious anemia produced by adequate liver extract therapy. Nevertheless, subsequent experience indicates that in a few cases of sprue larger injections of liver extract are necessary to produce initial improvement in the diarrhea, and especially when the condition is of long standing." At the present time, depending on the severity of the individual's case, various amounts of liver extract are used. Lilly's 343, or an equivalent preparation, in doses of 5 to 10 cc. daily are used until there is definite marked improvement in the clinical and hematological symptoms. From thereon smaller doses may be given twice a week, or 5 cc. may be given weekly until complete restoration of the patient's health is assured.

It is known that in certain patients with pernicious anemia a "double deficiency" exists in the sense that optimal formation of blood is not possible without the use of both liver extract and iron. Observations made by Castle and Rhoads indicate that this is also true in certain patients with sprue. The additional iron may be given in the form of ferrous sulphate tablets grains five three times a day, or Coliron 2 cc. intramuscularly daily, or many other iron products. Reticulocyte counts should be done every two or three days to see if reticulocyte increase follows.

One must also remember the importance of symptomatic treatment. For sore mouth and tongue, an alkaline mouth wash such as milk of magnesia —one teaspoonful to one-half tumblerful of water— or sodium bicarbonate dissolved in water is useful. Manson-Bahr recommends that in some cases nicotinic acid may be used with excellent results.

Anorexia and hypovitaminosis (B_2 deficiency and sometimes vitamin D and C) can be treated by giving any of the commercial preparations of these vitamins, especially the B_2 complex, now in the market either per os, intramuscularly or intravenously. This is also very helpful in cases of sprue presenting neuritic symptoms.

Whenever tetany and cramps are present in the picture of sprue, the deficiency is met by the administration of calcium by mouth in doses of ten grains three times

daily, and in extreme cases by intravenous injection of calcium salts such as calcium gluconate, 10 cc. or more. In cases of achlorhydria, dilute HCl twenty to thirty minims in orange juice or water is given with the meals or tablets of acidolpepsin (Bayer) two or three times daily may be given.

Massage, heliotherapy and ultra-violet light radiations to chest and abdomen in gradually increasing time exposure are of very stimulating value during convalescence in atonic and debilitated cases.

Once recovered, the sprue case should continue with a well balanced diet, adequate in proteins and vitamins, avoiding fats and carbohydrates excess, rich spiced foods and condiments. Worry, chills and respiratory infections should be avoided as far as possible. Though it is impossible to say that a given case of sprue will never develop the disease again, that is, have a relapse, patients under fifty-five years of age, according to Fairley, may be permitted to return to the tropics provided there have been no alimentary symptoms and the blood picture has been normal for six months following cessation of treatment and provided they are otherwise healthy.

Prognosis

The prognosis is very good for recent cases provided proper treatment is carried out. It is poor for patients over fifty years of age, for long standing cases, and for those who cannot or will not take a special diet and adequate treatment.

BIBLIOGRAPHY

1 *Locwenberg, S. A.*, Anemias Versus Gastro-Intestinal Disease, Rev. Gastroenterology, 6: 402 - 411 (Sept.-Oct. 1939).

2 *Minot, G. R.*, Anemias of Nutritional Deficiency, Univ. Wisconsin Sympsoium on Blood, pp. 52-56 (1939).

3 *Meulengracht, E.*, Etiologic Factors, Univ. Wisconsin Symposium on Blood, pp. 72-82 (1939).

4 *Meulengracht, E.*, History, Univ. Wisconsin Symposium on Blood, pp. 3-13 (1939).

5 *Napier, L. E.*, Tropical Sprue, Indian M. Gaz., 74: 688-692 (Nov. 1939).

6 *Rodríguez Molina, R.*, Sprue in Puerto Rican Indigent, Boletín de la Asoc. Med. de P. R., No. 6 (June, 1940).

7 *Suárez, Ramón M.*, Clinical and Hematological Review of Sprue, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., (December, 1938).

8 *Suárez, Ramón M.*, La Médula Osea Normal y Patológica en Sprue y Anemia Perniciosa, P. R. J. of P. H. and Trop. Med. (Oct., 1939).

9 *Castellani, A.*, Sprue and Pernicious Anemia as Different Entities, J. of Trop. Med., 40: 281-284 (Nov. 15, 1937).

10 *Woltman, H. W.* and *Heck, F. J.*, Neurologic Aspects of Sprue, Arch. Int. Med., 60: 272-300 (Aug., 1937).

11 *Castellani, A.*, Sprue and Pernicious Anemia, Rev. Gastroenterology, 5: 226-234 (Sept., 1938).

12 *Rodríguez-Olleros, A.*, The Stomach in Tropical Sprue, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., 13: 503-521 (June, 1938).

13 *Rhoads, C. P.*, Conferences on Therapy—Vitamin B_2 Therapy, J. A. M. A., 113: 297-302 (July, 1939).

14 *Castellani* and *Chalmers*, Manual of Tropical Medicine, pp. 1780-1794 (1919).

15 *Ashford, B. K.*, Liver Extract in Anemias of Sprue, P. R. Rev. of P. H. and Trop. Med., 4: 78 (1928).

16 *Ashford, B. K.*, Anemias of Sprue, Arch. Int. Med., 45: 647 (1930).

17 *Bassler, A.* and *Lutz, J. R.*, Sprue: Etiology, Diagnosis, and Especial Treatment, J. A. M. A., 95: 1961 (1930).

18 *Castellani, A.*, Sprue: Administration of Liver, Pancreas and Stomach Extracts, J. Trop. Med., 33: 126 (1930).

19 *Fairley, N. H.*, Sprue: Prognosis, Lancet, 1: 911 (1936).

20 *Fairley, N. H.*, Sprue: Modern Treatment, Brit. M. J., 2: 1192 (1934).

21 *Manson-Bahr*, Blood Transfusions as Curative Measure in Peruicious Anemia of Sprue, J. Trop. Med., 32: 45 (1929).

22 *Reed, A. C.*, Sprue: Cliuical Summary, Am. J. Trop. Med., 16: 499 (1936).

23 *Suárez, J.*, Peruicious Anemia and Sprue, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., 7: 145 (1931).

24 *Manson-Bahr*, Manson's Tropical Diseases, Eleventh Edition.

25 *Castle, W. B.* and *Rhoads, C. P.*, Sprue in Puerto Rico: Etiology and Treatment, Lancet, 1: 1198 (1932).

26 *Castle, W. B., Rhoads, C. P., Lawson, H. A.* and *Payne, G. C.*, Sprue: Observations on Patients in Puerto Rico and Subsequent Experiments on Animals, Arch. Int. Med., 56: 627 (1935).

27 *Ashford, B. K.*, Evolution of Liver Extract in Treatmeut of Anemias of Sprue, J. A. M. A., 91: 242 (1928).

28 *Ashford, B. K.*, Liver Extract in Anemias of Sprue, P. R. Rev. of P. H. and Trop. Med., 4: 78 (1928).

29 *Ashford, B. K.*, Suggestions for Rapid Classificatiou of Anemias of Sprue and Nutritional Unbalance in Tropics, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., 5: 167 (1929).

30 *Ashford, B. K.*, Differential Diagnosis in Pernicious Anemia, Am. J. Trop. Med., 12: 199 (1932).

31 *Baumgartner, E. A.*, Tropical Sprue, Arch. Int. Med., 4: 1197, (1931).

32 *Elders, C.*, Sprue as a Deficiency Disease, Med. Welt., 3: 167 (1939).

33 *Hernández, L. G.*, Sprue; Pancreatic Juice, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., 6: 209 (1930).

34 *Rhoads, C. P.* and *Castle, W. B.*, Pathology of Bone Marrow in Sprue Anemia, Am. J. Path. (Supp.), 9: 813 (1933).

35 *De Rivas, D.*, Sprue: Etiology and Pathogenesis, Bol. Asoc. Med. de Puerto Rico, 24: 610 (1932).

36 *Serra, A.*, Relation to Pernicious Anemia, with Report on Blood Changes in Forty-five Cases of Sprue, Am. J. Trop. Med., 9: 49 (1929).

37 *Barach, A. L.* and *Murray, H. A., Jr.*, Tetany in a Case of Sprue., J. A. M. A., 74: 786 (1920).

38 *Elders, C.*, Tropical Sprue and Pernicious Anemia; Etiology and Treatment, Lancet, 1: 75 (1925).

39 *Reed, A. C.*, and *Wyckoff, H. A.*, The Common Picture of Sprue, Pernicious Anemia and Combiued Degeueration, Am. J. Trop. Med. 6: 221 (1926).

40 *Bloomfield, A. L.* and *Wyckoff, H. A.*, Sprue: Liver Extract, Am. J. Med. Sci., 177: 209 (1929).

41 *Fairley, N. H., Mackie, F. P.* and *Billimoria, H. S.*, Anemia in Sprue: Analysis in Sixty-seven Cases, Indian J. M. Res., 16: 831 (1929).

42 *Kesten, B. M.* and *Suárez, J.*, Skin Sensitivity in Sprue Patieuts, P. R. J. of P. H. and Trop. Med., 5: 263 (1930).

43 *Weiss, C., Landrón, F., Costa-Mandry, O.* and *Weiss, D. W.*, Summary of Investigations on Etiology of Tropical Sprue in Puerto Rico, Ann. Int. Med., 2: 1198 (1929).

44 *Weiss, D. W.*, Tropical Sprue in Puerto Rico, P. R. Rev. of P. H. and Trop. Med., 4: 333 (1929).

45 *West, R.*, Response of Sprue Anemia to Liver Extract, P. R. Rev. of P. H. and Trop. Med., 4: 219 (1928).

46. *Vedder, E. B.*, Discussion of the Etiology of Sprue, Am. J. Trop. Med., 20: 345 (1940).

MYELOMATOSIS*

ROBERTO FRANCISCO, M. D.

Arecibo, P. R.

Definition: A myeloma is a tumor of the bone marrow. The disease may manifest itself as a single or a multiple tumor, as a generalized hyperplasia of the marrow alone; or as a generalized hyperplasia with discrete tumor formation. For this reason the term myelomatosis is preferable to multiple myeloma, since it includes all the cases with multiple manifestations. The recognized types of myeloma are: 1—plasma cell myeloma, 2—myelocytema derived from granular leukocites, 3—lymphocytema derived from lymphocyte, 4—erythroblastoma derived from nucleated red cell, 5—to these we may add the monocytoma derived from the monocytes.

The disease was first described by Mc Intyre in 1850 under the term "mollities ossium". The general clinical characters were early recognized, McIntyre reporting the presence of Bence-Jones albumose in the urine, while the tendency of the disease to limit itself to the bone marrow and the resemblance to an infectious granuloma have repeatedly been noted.

Incidence: It is a relatively uncommon disease. Atkinson in 1937 could find only 637 reported cases. The first case reported in Puerto Rico of myelomatosis was one presented by Dr. Ramón M. Suárez in October 1938, then, he reported his second case in March 16, 1939. Fortunately, in this last case an autopsy was performed. It was a case of the plasma cell type of myeloma with extensive involvement of the vertebra, pelvis, and ribs, which culminated in profound anemia and in death from extensive bilateral broncho-pneumonia. Clinically, there was marked albuminuria, but Bence-Jones protein was not found. At autopsy contracted kidneys on an arteriosclerotic bases with particular involvement of the smaller arteries were found.

Gross pathology: The ribs and the sternum are the chief original sites of the tumors, while the vertebra, skull, femur, pelvis and humerus are less frequently involved, and in the order named. The tumor forms small nodules, multiple, and as large as a bean, or bulky growth as large as an orange, associated with many smaller tumors. The tumors are soft or firmed, translucent or opaque, and whitish, gray or deep red according to its vascularity. Hemorrhage, infection, blood cysts and necrotic areas may be present. The bone tissue suffers active absorption, the shafts become very thin, multiple perforation results, or fractures occur. After passing the periosteum the surrounding tissues are diffusedly invaded. Many cases terminate without metastases in the organs but secondary growth have been found in the lymph nodes, liver, spleen, kidneys, lungs and ovary.

Symptomatology: The disease arises chiefly in males, in the fourth and fifth decades and continues few months or several years. It gives no symptoms early, since no pain is caused by the hyperplasia of the marrow. Thus, the skull may be riddle with small tumors, shown as "punched out" areas in the roentgenograms without pain or tenderness on palpation. With the calcification or softening

* Read at the annual meeting of the Aguadilla District Medical Society, May 30, 1943.

of the frame work which always occurs with involvement of the vertebra and ribs, the vertebra are compressed with the production of neuritic pain, and spontaneous fracture of the ribs often occur. Neuritic pain specially in the back is one of the most characteristic and constant symptoms of the disease.

This may be precipitated by trauma, however slight it is. In advanced cases simple turning over in bed may fracture a rib. The nerve involvement may often lead to paralysis and paresthesia. It is likely that a movement may accentuate the pain.

The second characteristic symptom in myelomatosis is weakness, due in part to the toxemia incident to the disease; but resulting largely from the anemia which almost is an invariable symptom when the disease is well developed. This is because the disease is well limited to the bone normally containing red marrow in which erythropoiesis and leukopoiesis are most active. With the over growth of plasma cells or other cells of the myeloid series, the red cells are crowded out so that erythrogenesis is inhibited. A second factor in the production of anemia is the toxemia characteristic of malignant disease with the depression of the bone marrow. The anemia is usually normocitic and hypochromic, but may be a macrocitic one suggesting pernicious anemia.

The diagnosis is usually made by the roentgen examination or finding Bence-Jones protein in the urine. The skull, vertebral column and ribs should always be X-rayed. The skull usually shows the "punched-out" areas if this are to be found anywhere. Decalcification is best seen in the vertebra and compression is usually evident in an advanced case. The ribs may show decalcification, "punched-out areas" and spontaneous fracture. The Bence-Jones protein is a proteose which precipitates as the acidified urine, is heated to 56° C. The precipitates become abundant at 65° C. and gradually disolves at 85° C. with reappearance on cooling. Albumosuria has been noted first in the 11th week or fifth year of the disease. Its occurrence may be continuous or periodic, and the quantity may be scanty or large, up to 6.9%. It has been found in less than half the cases, and occurs also in myxedema, leukemia, carcinoma of bone. Neither the exact nature or origin of albuminuria is fully understood. It has been commonly associated with plasma cell myeloma. According to Geis, the albumose is derived from the elastin of bone tissue absorved by the tumors. This substance may be found in blood and in our case was also found in the spinal fluid. In many cases with or without Bence-Jones proteinuria, there is marked hyperproteinemia due to the increase in the globulin fraction, the albumin often been very low, whilst the fibrinogen has been either slightly or conspicuously raised. In one case of Reimann in 1928 there was a rise of the fibrinogen to the record value of 5.48 gm. per cent representing more than half the total protein. By 1937 Atkinson had found 60 cases with the total protein ranging from 8.7 gm. to 18.4 gms. per cent. Reimann observed excessive rouleaux formation in such cases before definite signs of bone disease were detected, and he atributed this phenomenon to excessive blood protein. Exudative and interstitial nephritis has been observed in many cases of myeloma, and some authors have associated it with change in the blood protein. Bell in 1933 in a paper "Renal lesion in myeloma" concluded that the kidney involvement often demonstrable late in the disease is due

to an accumulation of Bence-Jones protein which obstruct the tubules and cause tubular atrophy. When large numbers are blocked extensive atrophy of the cortex with renal insufficiency ensues. The serum calcium may be increased with the depression of serum phosphorus. The absolute diagnosis is best made by the demonstration of the preponderance of plasma cells in the bone marrow obtained by sternal aspiration. Even if the localized tumor indicated by the "punched-out areas" in the roentgenograms are present the sternal puncture will show the plasma cell, likewise sternal puncture may make an absolute diagnosis of myelomatosis even if roentgenograms are not diagnostic.

Complications: Amyloidosis with myelomatosis —Aside from the classical cases of amyloidosis due to recognized cause such as prolonguel suppuration, tuberculosis, cancer, advanced gummatous syphilis and late Hodgkin's disease, amyloid deposits has been also found in myelomatosis, notably cases in which Bence-Jones proteinuria is a feature. This association has been specially studied by Magnus-Levy who in 1933 summarized the literature on the subject and collected 37 cases of amyloidosis complicating myelomatosis. These were collected from 150 carefully studied cases of myeloma, or an incidence of 25%. It appears probable that in these cases the infiltrating amyloid substance formed owing to a pathological change in the protein metabolism. It is significant that in our case a Congo red test revealed 66% retention of dye with no elimination of it in the urine. Yet the pathological specimens showed no evidence of amyloidosis. This shows that the Congo red test is not 100% reliable in the diagnosis of amyloidosis.

Case Report

The patient, a 41 yrs. old, mulatto, male, laborer, was admitted to the surgical service of the Out-Patient Department of the Bayamón District Hospital on Aug. 11, 1941, with the chief complaint that he had noticed a tumor in his forehead, which had started to grow 2 months previously. It was found out that he had a non-tender, non-pulsating mass about the size of an orange and was thought to be a sebaceous cyst. Accordingly it was incised with removal of a gelatinous mass but to the Surgeon's surprise it communicated to the inside of the skull. A biopsy was taken and iodoform gauze was immediately tucked in and patient admitted to the hospital. An X-ray of the skull was taken and numerous "punched-out areas" were found. The differential diagnosis rested between myelomatosis and metastasis to the skull of a malignant tumor. The patient was then referred to the Medical service, where Dr. R. Fernández Marina was nice enough to let me studied the case.

Family History: Except for the fact that an uncle died of carcinoma of the stomach the rest of the history was irrelevant.

Past History: Showed that he had had measles, varicella, whooping cough when a child. Malaria about 10 years previously and typhoid fever in 1935. From there on he enjoyed good health up to the onset of present illness. On further questioning it was found out that his present illness really started on January 10, 1941, when he began to feel weak. This weakness became so distressing that he had to quit his work, and stayed at home. He then began to notice aches and pains all over his body especially on movement of his limbs accompanied by pain in the back radiating to the abdomen. This weakness and aching progressively became worse so that he

had to stay in bed where he felt better. He then noticed droping of his jaw and was unable to lift his left upper extremity because of pain. It was at this time that he noticed a small tumor in his forehead which rapidly increased in size and decided to come to the hospital. He gave no history of having ever noticed similar tumors in the rest of the body. He had steadily began to loose weight from best of 135 lbs. to 100 lbs., loss of appetite and constipation. Nocturia 2-3 X. Frequent palpitation which came suddenly and disappeared suddenly. Frequent dizzy spells.

Physical Examination: Revealed an asthenic, very pale emaciated mulatto which looked older than his stated age of 41 and who spoke very slowly and drawn out as if it was an effort to do so. Nevertheless, he answered intelligently enough all the questions asked of him. The skin was waxy to touch, dehydrated. No skin lesion except for some melanotic spots especially located in the abdominal region. No lymphadenopathy. His head was well formed and there were no soft areas nor was it tender to touch. At the middle of the forehead there was what was left of a tumor all tucked in with gauze, but which must have been the size of an orange. On pressing it, it bled very easily. His eyes revealed pre-senile arcus senilis. Good extraocular muscle movements. Pupils equal reacting to light and accommodation. Ophthalmoscopic examination revealed pale optic disks, but otherwise normal. The buccal mucosa was very pale, the tongue coated, carious teeth, tonsils atrophic. The lungs were clear except for roughened breath sounds at the bases. On auscultation of the heart a mitral mid-systolic murmur, crescendo in character best heard with the patient in the sitting position and slightly bent forward. It was soft in character and more likely to be a haemic functional murmur. There was reduplication of the second aortic sound. The abdominal wall was soft and doughy on palpation, some veins being visible. The liver was felt about two finger-breaths below the costal margin and not tender on palpation. The spleen was not felt. No scoliosis, but there was definite tenderness along the entire row of vertebral spinous processes. The left upper extremity could not be abducted because of pain which radiated to the left shoulder joint. The right upper extremity was normal except for flabbiness of the muscles. On flexing the thighs on the abdomen there was pain referred to the hip-joints. The tibial muscles were flabby and hypotonic. Reflexes were sluggish.

Laboratory Findings: The R.B.C. count revealed 2,000,000 R. B. C., 60% Hb., 8,000 W.B.C., with differential count of 54 polys, 44 lymphocytes, 2 eosinophiles. There was marged polychromatophilia, anisocytosis, poikilocytosis, normoblasts, reticulocytes and definite auto-hemoagglutination. Platelet count of 200,000. Blood chemistry-N.P.N. -66, Urea N. -44, Urea-40, Phosphorous-1.5 and Calcium-18, Glucose-130, Chlorides-500, Cholesterol-200 and Creatinine of 3.4. Total poteins of 8.4 gms. per 100cc of blood with 4.4 albumin and 4.9 globulin with A/G ratio of 1:1.

Bence-Jones positive in the blood serum. Congo red test showed 66% absorption of the dye in one hour. Bleeding time of 1 min. and a half and clotting time of 2 min. Prothrombin time of 6 min. Clot retraction time normal. Kahn negative. Sedimentation rate elevated to 76 mm. per hour.

Urinalysis: Specific gravity of 1.01; P. S.P. elimination 6% in one hour. Congo red test-no elimination of the dye in one hour urine specimen. Spinal fluid-Positive

for Bence-Jones protein. Chlorides up to 700mg. Glucose-80 mg.

E.K.G. revealed myocardial damage. B. M.R.-was-25.

A bone marrow puncture revealed typical plasma cells in abundance. This smears were studied by Miss Clemencia Benítez.

X-rays with the permission of Dr. Ramos Casellas showed the typical "punched-out" areas throughout the entire skull. There is also involvement of the vertebrae, ribs, clavicle, humerus, pelvis and femur.

Clinical Course: The patient continued going down-hill with spontaneous fracture of the right humerus. In spite of all supportive therapy such as blood transfusions, glucose in saline daily, patient died in a state of marked emaciation and toxemia. Autopsy was performed by Dr. Félix Reyes.

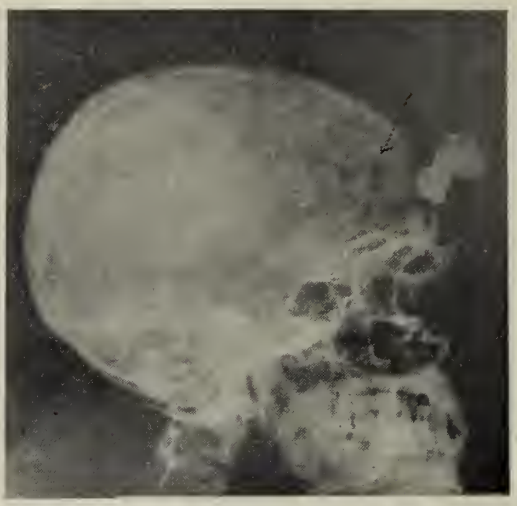


FIG. 1
Lateral view of skull.
Typical "punched-out" areas.

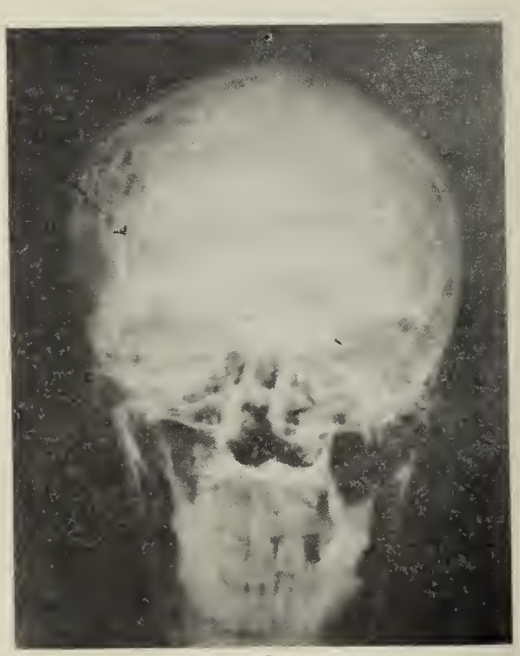


FIG. 2
Frontal view of skull.
Tumor area in frontal bone.

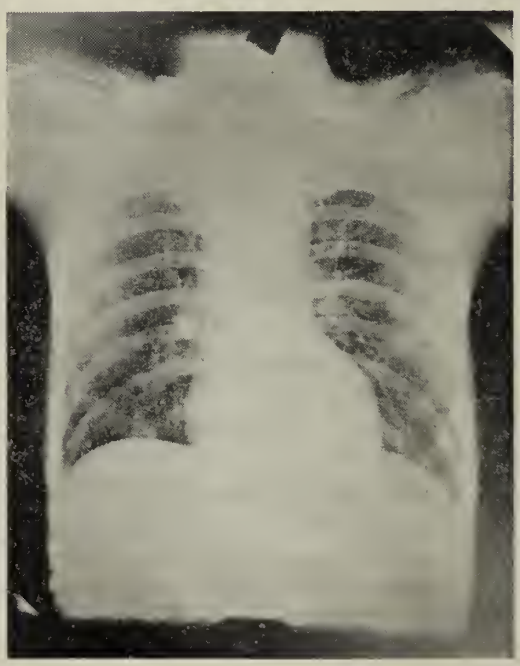


FIG. 3
X-ray of chest showing decalcification of lateral thirds of clavicles and ribs.

Microscopic Description

Dr. E. Koppish interpreted the microscopic findings.

Heart: The muscle fibers are a little enlarged. The interstitial tissue is edematous in many areas and occasionally surrounds a few atrophied muscle fibers.

Aorta: Normal.

Lungs A: The air sacs are totally filled throughout the section with coagulated protein. Occasional small groups of alveoli contain lymphocytes, large mononuclear cells and a few polys, in addition.

B: Most of the alveoli are thin-walled and over expanded. Only a few patches of edema are present.

Spleen: The follicles are inactive and inconspicuous. The arterioles show early hyaline changes. The pulp is normal.

Pancreas: The splenic artery is included and shows extensive medial calcification. The pancreatic tissue is normal.

Liver: Normal.

Kidney: (A)—Multiple scars are present throughout the cortex and contain atrophied tubules filled with coagulated protein and hyaline casts. Elsewhere the tubules are slightly dilated and filled with coagulated protein which is also present in the moderately distended space of Bowman's capsule. The cortical scarring is quite extensive. Desquamated cells are present within some of the tubules. Some of the larger blood vessels show fibrosis of the media.

Kidney: (B)—Similar to A. In many of the tubules the lining cells have bluish cytoplasm, and at times form small heaps. The epithelial cells have frequently desquamated into the lumen in which in addition to cells and casts there are found pinkish clumps and droplets of amorphous material and what appear to be nuclear fragments.

Urinary bladder: The subepithelial zone is edematous and diffusely infiltrated with lymphocytes and a few eosinophiles. Hemorrhage has taken place at one or two points.

Prostate: Normal. Few of the glands contain large numbers of vacuolated mononuclear cells.

Testes: The basement membrane of the tubules is slightly thickened. Spermatogenesis is absent. In the right testis there is a small bilocular cyst lined by a single layer of flat to cuboidal cells.

Small intestine: Normal.

Rectum: Normal.

Thyroid: Normal.

Parathyroid: Normal.

Bronchial lymph node: The sinuses contain desquamated littoral cells. There is some edema of the periglandular tissue.

Brain A and *B*: Cortex. Normal.

Hypophysis: There is a little edema between the cords of cells and marked congestion.

Vertebra: The marrow is very active and cellular. The predominant cell has a vesicular or oval nucleus and a moderate amount of pinkish cytoplasm and therefore, resembles the monocyte. They vary a little in size. In addition, lymphocytes and groups of young red blood cells are recognizable, but there are relatively few myelocytes. Two areas of fibrosis of the intratrabecular spaces with formation of some osteoid tissue are encountered.

Dura mater and tumor: One aspect of it is covered by a layer of tumor tissue which is composed of spherical cells of the type of monocytes, as described for the vertebral bone-marrow. In the dura the cells are rather variable in size. The smaller ones contain hyperchromatic nuclei. On the other hand, there are some large forms with big irregular dark staining nuclei and pinkish cytoplasm. Many of the cells

contain two and even three nuclei. The tumor elements are held in a delicate reticulum which in areas becomes increased to form bands. The tumor is not invading the dura.

Bone-marrow: The section may be from a vertebra. There are one or two normal bone trabeculae and at one margin, a small portion of what seems to be osteoid tissue. The remainder is composed of a very delicate reticulum in which are held compactly distributed spherical cells, most of which represent tumor cells. They have the same characteristics of previously described. In addition there are fairly numerous plasma cells and occasional megakaryocytes are in evidence, as well as relatively few myeloid elements.

Bone: (frontal region?): The osseous tissue shows fibrosis between and around the bone trabeculae and an area where the bone has been replaced by tumor tissue with an appearance as in the section of dura mater.

Tumor: The origin of the section is unknown. There is a plate of bone in the center that has, in great part, been replaced by tumor tissue with the same features as previously described. Skeletal muscle is found about the bone and in one part of it shows replacement by tumor.

His final note was that this was a case of myelomatosis with extensive involvement of the bones of the skull, ribs, sternum and vertebrae. The long bones were not examined post-mortem. The tumor in the frontal bone had perforated down to the dura mater and there was spontaneous fracture of the sixth right rib. Although plasma cells were moderately abundant in some of the sections of the tumor, they did not predominate in any of them and in some were almost completely absent. The predominating cell was more of the type of the monocyte which he described having a vesicular or oval nucleus and a moderate amount of pinkish cytoplasm and therefore resembling a monocyte. They vary a little in size. The histologic changes in the kidneys were found to be very interesting and quite consistent with Bell's description of kidney pathology in myelomatosis. Multiple scars were present throughout the cortex containing atrophied tubules filled with coagulated proteins and hialine c a s t s. Elsewhere the tubules were slightly dilated and filled with coagulated protein which was also present in the moderately distended space of Bowman's capsule. The cortical scarring was quite extensive. Desquamated cells were present within some of the tubules.

Anatomical Diagnosis

Myelomatosis of the mixed cell variety with predominance of the monocyte, therefore a monocytic-type of myeloma with involvement of skull, ribs, bilateral, sternum and vertebrae.

Spontaneous fracture of rib, 6th right.
Congestion and edema of lungs.
Bronchopneumonia, early.
Arteriosclerosis of aorta, moderate.
Arteriosclerotic nephrosclerosis.
Chronic cystitis.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Julio, 1943 Núm. 7

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asociaciones de Distrito

Humacao:

La asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao tendrá lugar el domingo primero de agosto. En la fecha en que redactamos esta nota, el presidente del distrito, nuestro buen amigo y compañero Dr. Víctor Rincón, se halla dando los últimos pasos en la organización del programa, y todos los indicios son de que la asamblea de este año estará a la altura de las celebradas en ocasiones anteriores, ya que reina gran entusiasmo, no sólo entre los médicos del distrito, sino también entre los compañeros de los distritos adyacentes.

En nuestra próxima edición daremos a conocer el programa científico que se lleve a efecto, así como otros detalles de la asamblea.

A nombre de la dirección del distrito de Humacao deseamos extender a todos los miembros de nuestra agrupación una cordial invitación para que concurran a la asamblea de la Asociación Médica del Distrito de Humacao.

Ponce:

Sigue en turno a la asamblea de Humacao, la correspondiente a la Asociación Médica del Distrito de Ponce, que ha sido señalada para tener efecto el próximo mes de septiembre, y para la cual, según nos ha informado el presidente del distrito nuestro querido amigo el Dr. Osvaldo Goyco, ya se han empezado a hacer los correspondientes preparativos.

Son muchos los compañeros de todos los puntos de la Isla que esperan con verdadero regocijo la fecha de la celebración de la asamblea del distrito de Ponce, seguros de que, al igual que en anteriores ocasiones, este año disfrutarán de momentos de verdadera expansión en un ambiente de franca camaradería.

Plan de Servicios Médicos

Como es de conocimiento general, desde hace varios meses nuestro presidente ha venido dedicando sus mayores esfuerzos a recopilar la opinión de todos los compañeros de la isla en relación con la posible organización de un "Plan de Servicios Médicos" que complemente el "Plan de Hospitalización" (Blue Cross Plan) que está en vías de empezar a funcionar en nuestra isla. Con tal propósito ha venido celebrando entrevistas personales con los miembros de la Asociación, explicándoles el alcance de dicho plan y solicitando contesten el cuestionario que con tal objeto ha preparado, habiendo obtenido hasta la fecha la contestación de aporximadamente 175 compañeros.

En vista de que el tiempo apremia, sin embargo, se ha procedido a enviar por co-

rreo a todos los miembros de la Asociación, una copia de dicho cuestionario con la súplica de que procedan a llenarlo y enviarlo a la mayor brevedad. También se ha enviado a todos los compañeros una "tarifa modelo" que les facilitará la contestación de la última pregunta del cuestionario.

Aunque el Dr. Pila no ha desistido de su propósito de visitar personalmente a todos y cada uno de los miembros de la Asociación para explicarles el plan, y en cuya labor cooperan con él los doctores Oliveras Guera y Martínez Rivera, creemos sin embargo, que el propósito de esta encuesta ha sido ya plenamente difundido y es de conocimiento general de la mayoría de los médicos de la isla, por lo que les será fácil poder contestar el cuestionario que se ha preparado, y cuyo objetivo primordial es aminorar las discusiones que un plan de esta naturaleza necesariamente habría de suscitar al ser traído a la consideración de una asamblea general de la clase médica puertorriqueña.

Esperamos pues, que los compañeros que aún no lo han hecho, procedan a llenar dicho cuestionario y que todos devuelvan sus "tarifas modelo" con las sugestiones que consideren oportuno hacer a las mismas.

Mejoras al Edificio:

Recientemente la Oficina de Defensa Civil de Puerto Rico, que como es de conocimiento general, ocupa la planta alta de nuestro edificio desde principios del año 1942, procedió a hacer varias mejoras en el mismo.

Con el fin de agrandar el espacio destinado a Biblioteca, y con el objeto de proporcionar a nuestros colegas un sitio donde poder recrearse al mismo tiempo que cambiar impresiones con otros compañeros, los miembros de la directiva han discutido la posibilidad de extender la planta baja del edificio hacia atrás, y a tal efecto, el Dr. Martínez Rivera quedó encargado de obtener la preparación de los planos correspondientes.

Según nos informa el Dr. Martínez Rivera, dichos planos ya están preparados y oportunamente serán traídos a la consideración de la Directiva para su aprobación o sugerencias que se estimen convenientes.

Podemos adelantar, sin embargo, que la actual Directiva está sumamente interesada en mejorar las facilidades de que actualmente dispone nuestra Asociación.

Dr. José N. Gándara:

Recientemente fué nombrado para ocupar el cargo de Sub-comisionado de Sanidad de nuestra isla, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota, y quien durante muchos años ejerció su profesión, con notable éxito, en la ciudad de Ponce.

La adquisición del Dr. Gándara para el Departamento de Sanidad es un verdadero acierto, pues de todos son bien conocidas las altas dotes que adornan al Dr. Gándara.

Mucho éxito en el desempeño de sus nuevas funciones deseamos al querido amigo Dr. Gándara.

Dr. Rafael Bernabe:

Recientemente regresó de los Estados Unidos, en compañía de su distinguida esposa, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Deseamos reiterar por medio de esta nota nuestro saludo cordial al estimado amigo y compañero y a su distinguida consorte.

Nuevo miembro:

En fecha reciente hizo su ingreso en nuestra Asociación el Dr. Víctor Bernal y del Río, de la ciudad de Arecibo.

Dr. J. Rodríguez Pastor:

El día 20 de julio regresó a nuestra Isla, procedente de un viaje de placer y estudios por el Continente, nuestro querido amigo y compañero Dr. J. Rodríguez Pastor.

Sean estas líneas portadoras de nuestro cordial saludo de bienvenida para el estimado colega.

Dr. Juan J. Nogueras:

Con el propósito de estar en más íntima relación con el ejercicio de su profesión, el querido amigo Dr. Juan J. Nogueras, renunció recientemente la sub-comisaría de Sanidad, que había venido desempeñando por varios meses, pasando a ocupar un alto cargo en la División Médica del Departamento de Sanidad.

Mucho éxito deseamos al amigo Nogueras en sus nuevas obligaciones.

Cambios recientes:

Con motivo de la reorganización reciente habida en los distintos servicios del Departamento de Sanidad, los siguientes cambios se han registrado entre los compañeros que prestan sus servicios en dicha dependencia gubernamental:

Dr. José B. Gotay, pasó a ocupar la plaza de Jefe del Negociado de Enfermedades Venéreas.

Dr. Ernesto Quintero, pasó a ocupar el cargo de Venereólogo en la Unidad Modelo de Río Piedras.

Dr. Arsenio Vallecillo, pasó a ocupar el cargo de Médico Supervisor del Distrito Norte.

Dr. Manuel B. Berríos, pasó a ocupar el cargo de Médico Supervisor del Area Metropolitana.

Dr. Luis Falagán, pasó a ocupar el cargo de Médico Supervisor del Distrito Este.

Dr. Fidel Alonso Caiñas, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Ponce.

Dr. Carlos González, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Cayey.

Dr. A. García Ubarri, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Cataño y Guaynabo.

Dr. D. A. Crescioni, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Vieques.

Nicolás Sanabria, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de San Germán.

Dr. F. Blasini, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Yauco.

Dr. P. A. Rivera Porrata, pasó a ocupar el cargo de Jefe de la Unidad de Salud Pública de Guayanilla y Peñuelas.

Dr. Ramón Berríos Berdecía:

Pasa por la pena de haber perdido a una de sus hijas recientemente, el querido amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Deseamos reiterar por medio de estas líneas, al amigo Dr. Berríos, a los demás familiares de la joven fenecida, el testimonio de nuestra más sentida condolencia.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Sigue en aumento el número de miembros de la Asociación que ya se han acogido al Plan del Auxilio Médico Mutuo. A los 375 miembros con que contaba al finalizar el pasado mes de junio, debemos agregar los nombres de los siguientes compañeros, lo que hace un total de 379 compañeros que ya se han acogido al plan:

Dr. Nicolás Sanabria
Dr. Andrés Franceschi
Dr. Honorato Estella Entralgo
Dr. Antonio Fernández Valdés

La Directiva de nuestra Asociación y la Junta del Auxilio Médico Mutuo tienen bajo estudio el proyecto del *"Centavo por receta"* propuesto por nuestro presidente el Dr. Pila como otro de los medios auxiliares para allegar recursos para el fondo del plan, y se proponen dar los pasos necesarios para implantarlo antes de que finalice el año en curso.

Para satisfacción de los compañeros que ya han hecho la primer remesa por concepto de certificados, y como un estímulo para todos los miembros del Auxilio Médico Mutuo, nos complacemos en publicar nuevamente sus nombres:

Dr. José Menéndez, de Río Piedras
Dr. F. Sánchez Castaño, de Vega Baja
Dr. Manuel G. Carrera, de Fajardo
Dr. Amalio Roldán, de Hato Rey
Dr. R. Rivera Aulet, de Arecibo
Dr. Ricardo F. Fernández, de San Juan
Dr. Leoncio T. Davis, de Vieques
Dr. Rafael Rivera, de Caguas
Dr. Ramón C. Umpierre, de Orocovis
Dr. Miguel Alonso, de Río Piedras
Dr. Fernando Asencio, de Bayamón

La anterior lista será pronto considerablemente ampliada, ya que sabemos de muchos otros amigos que están próximos a expedir su vigésimo certificado, completando así la primera sección del Libro de Certificados.

Nuevamente exhortamos a todos los compañeros miembros de nuestra Asociación, a no desperdiciar ninguna oportunidad que se les presente para usar el Libro de Certificados, pues además de prestar en esta forma su valiosa ayuda al plan, estará contribuyendo a educar al público en este nuevo aspecto de mutua cooperación.

En la fecha en que redactamos estas líneas el Auxilio cuenta con un balance en caja de $6,789.00.



Kalak

REG. U.S. PAT. OFF.

A crystal clear, sparkling alkaline mineral water, prepared from distilled water and salts in chemical equivalents under laboratory control to insure uniformity of quality. KALAK is valuable in maintaining the mineral and water equilibrium which may be upset by a pathological process or by certain drugs such as salicylates, iodides, and sulfa drugs.

KALAK WATER CO. OF NEW YORK, INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA NEW YORK, N. Y.

Distributed by:

RODOLFO BERNAL

San Juan, P. R.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Inyección Hipodérmica para un Embrión



Uno de los azotes de la guerra ya venía retirándose antes de dispararse el primer tiro en la Guerra Mundial II . . . La vacuna para proteger contra el tifus exantemático podía prepararse en cantidad suficiente para todos. En los Laboratorios Lilly, planes previsores habían proporcionado una extensa experiencia con las Rickettsias del tifus exantemático, y el método de cultivo en saco de yema de huevo se había trocado en un procedimiento corriente. A los pocos días de estallar la guerra, la producción de la vacuna se aumentó millares de veces. No se ha rehusado ningún pedido y a ningún combatiente se le ha negado la protección contra el tifus exantemático por conocimiento inadecuado o falta de facilidades para la preparación de la vacuna.

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXV AGOSTO, 1943. NUMERO 8.

SEP 21 1943

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Good News!

*DEXTRI-MALTOSE

WITH YEAST EXTRACT AND IRON
now measures 4 (instead of 6)
level tablespoonfuls to the ounce

and

★ is packed 16 oz. (instead of 12) per tin

and

★ each ounce supplies 2.8 mg. iron

and

★ each ounce supplies .3 mg. thiamine

and

★ each ounce supplies .1 mg. riboflavin

During the baby's first six months, this product alone supplies to the milk formula more iron than the infant requires

and

more thiamine than the average infant requires

Dextri-Maltose With Yeast Extract and Iron is supplied now in 1-lb. and 5-lb cans



ALL AT NO INCREASED COST TO THE PATIENT

MEAD JOHNSON & CO.
EVANSVILLE, IND., U.S.A.

SUMARIO

Página

Apendicitis aguda, Américo Serra, M. D., Ponce, P. R. — — 295

The Rh factor in the Etiology of Erythroblastosis fetalis, — Report of a Case, M. Fernández Fuster, M. D., Fajardo, Puerto Rico — — — — — — — — — — — — — — — — 313

Enfermedad fibrosística del páncreas, J. Roberto Aguayo, M. D., Arecibo, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — 316

Infections wasting Manpower can be prevented, Ernesto Quintero, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — 319

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — 324

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — — 327

Premio al mejor trabajo en Medicina — — — — — — — — 328

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJANO GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cisto-endoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

OTOLOGIA AVANZADA

Un curso especial en otología avanzada incluyendo instrucción operatoria en cadáveres, la más reciente técnica operatoria para petrositis, meningitis, cirugía para mejorar defectos auditivos (otoesclerosis), asistencia a clínicas y conferencias, examen pre-operatorio de pacientes, presencia a operaciones, y curso post-operatorio de los enfermos en las salas.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

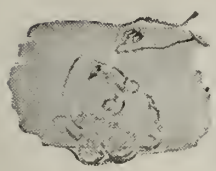
PRESENTAMOS

Clorhidrato de Neo-Sinefrina

(clorhidrato de levo-alfa-hidroxi-beta-metil-amino-3-hidroxi etilbenceno)



Se suministra en solución al ¼% o al 1% en envases de 30 cc., para administrarse en gotas o pulverizaciones; y en forma de jalea al ½%, en tubos plegadizos con aplicador.



Neo-Sinefrina ha sido, desde hace tiempo, la receta favorita para la congestión nasal de los catarros por sus excelentes cualidades. En efecto, Neo-Sinefrina es un poderoso vasoconstrictor, notable por su acción rápida y efectividad prolongada; no obstante lo cual, su toxicidad es mínima y muy rara vez provoca insomnio, excitación nerviosa o manifestaciones cardíacas. Para que se convenza personalmente de su valor en el tratamiento sintomático de catarros, sinusitis y rinitis alérgica, le enviaremos gustosamente una muestra de tamaño profesional al recibo de su solicitud. Diríjase a cualquiera de las siguientes direcciones:

Frederick Stearns & Company

DETROIT, MICH., E. U. A.

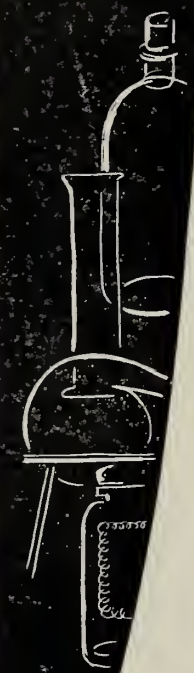
***Desde 1855*... PRODUCTOS INDISPENSABLES PARA EL ARMAMENTARIO DEL MEDICO**

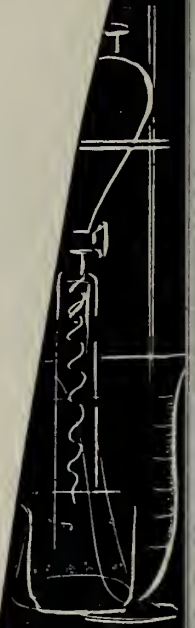
Representante: **Víctor M. Bártoli, Apartado 3834, Santurce, P. R.**

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860







DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

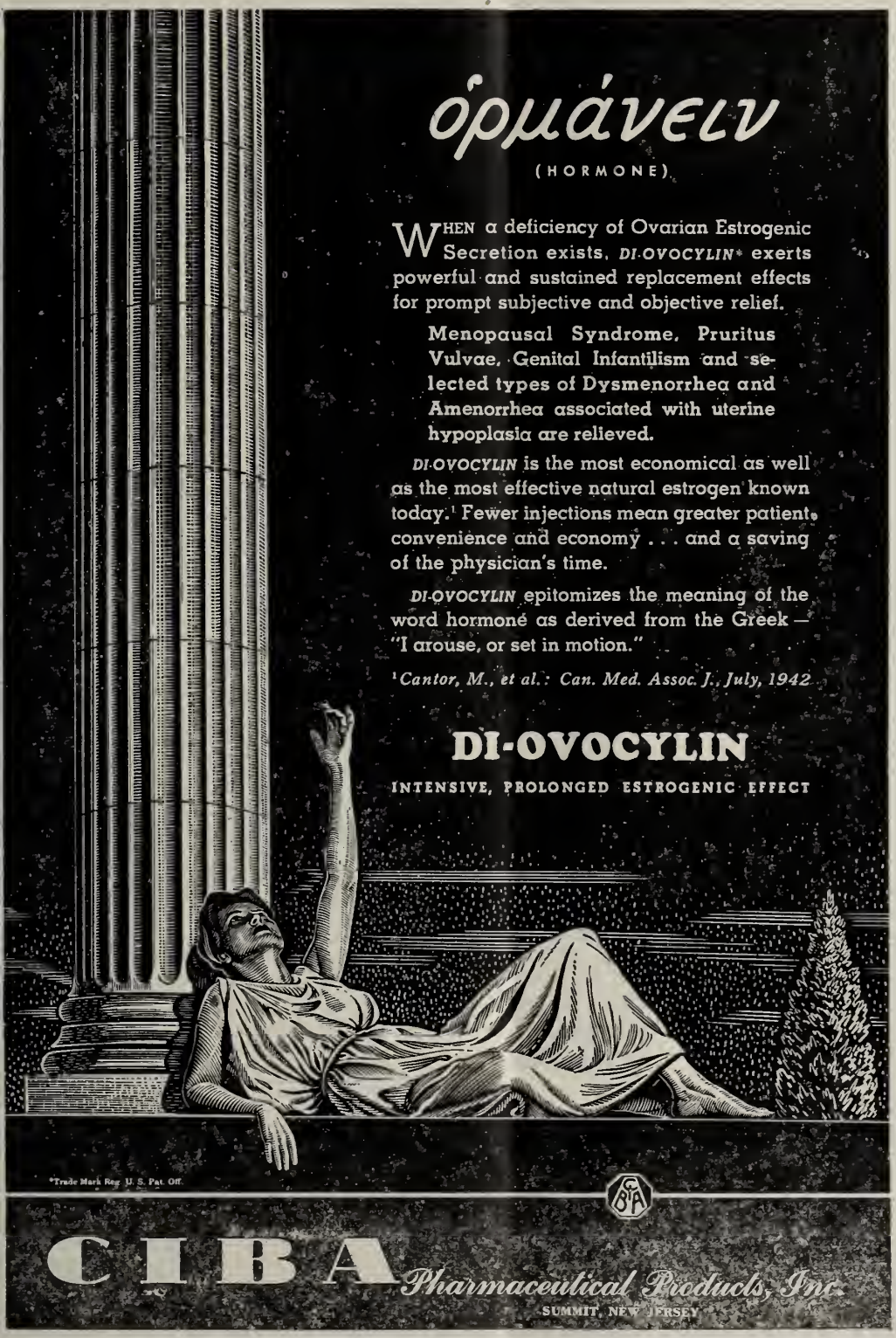


El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primero casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.



ὁρμάνειν

(HORMONE)

WHEN a deficiency of Ovarian Estrogenic Secretion exists, *DI-OVOCYLIN** exerts powerful and sustained replacement effects for prompt subjective and objective relief.

Menopausal Syndrome, Pruritus Vulvae, Genital Infantilism and selected types of Dysmenorrhea and Amenorrhea associated with uterine hypoplasia are relieved.

DI-OVOCYLIN is the most economical as well as the most effective natural estrogen known today.[1] Fewer injections mean greater patient convenience and economy . . . and a saving of the physician's time.

DI-OVOCYLIN epitomizes the meaning of the word hormone as derived from the Greek — "I arouse, or set in motion."

[1] *Cantor, M., et al.: Can. Med. Assoc. J., July, 1942*

DI-OVOCYLIN

INTENSIVE, PROLONGED ESTROGENIC EFFECT

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA

Pharmaceutical Products, Inc.

SUMMIT, NEW JERSEY

WAR NERVES!

Regular daily intake of the Vitamin B Complex is essential to the maintenance of steady nerves

Galen Vitamin Concentrates provide a logical answer to this widespread wartime need. They can be fully depended upon to supply adequate amounts of all the B Complex factors which maintain the integrity of nerve tissues.



GALEN "B"* is an entirely natural concentrate derived from rice bran. It supplies the entire Vitamin B Complex in essentially the same proportions in which it is removed from our diet as the result of the milling of cereals. Galen "B" is thus ideally balanced as a supplement to the average diet. Designed for regular every day use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.

Galen Company

BERKELEY · CALIFORNIA · U. S. A.

*Trade Mark

Copyright 1943, Galen Company

ANEMIA de la Preñez

CONCLUSIONES*

1 La mayoría de las mujeres embarazadas se ponen anémicas.

2 La anemia se agrava conforme avanza la gestación.

3 La Anemia de la Preñez cede en la mayoría de los casos a un tratamiento adecuado.

4 El examen y tratamiento de la anemia deben ser incluídos en el cuidado rutinario de la mujer embarazada.

* CHAS. EDWIN GALLOWAY, M. D., F. A. C. S. "Anemia de la Preñez." The Journal of the American Medical Association. Vol. 93, No. 22, November 30, 1929.

Anemia de la Preñez

"CUANDO la anemia complica la preñez puede ser consecuencia de dieta deficiente, trastornos metabólicos, hemorragias o sepsis del postpartum. La preñez puede provocar un tipo de anemia grave parecida a la anemia perniciosa."[2]

"Durante la preñez muchas mujeres sufren de anemia que a veces descuidan pero la posible pérdida de más sangre durante el alumbramiento retardaría la convalescencia y afectaría desfavorablemente la galactopoyesis."[3]

TRATAMIENTO. — Galloway, dice que el hierro, como el calcio, parece ser indispensable para las mujeres embarazadas. Su tratamiento consistió de dieta y preparaciones simples de hierro e hígado prescritas en todos menos en setenta y cuatro de la larga serie de casos relatados.

El hierro se usa desde hace mucho tiempo, por algunos[3] rutinariamente, durante las últimas seis semanas de la gestación. Levine[2] dice que la hepatoterapia tiene un lugar definido en las varias anemias de la preñez, incluyendo los casos graves, y menciona los trabajos de Evans[4]; Brault[5]; Larrabee[6] y Deschamps y Froyez[7]; sobre la utilidad de la hepatoterapia.

Los investigadores modernos continuan demostrando que un grupo de substancias además del h i e r r o, incluyendo una cantidad relativamente pequena de cobre, participan activamente en la formación de hemoglobina.

Neobovinine 20 es un compuesto original de Extracto de Hígado y Sangre de Bovino que se está prescribiendo cada vez más para la anemia de la preñez y otros estados de empobrecimiento de la sangre.

Neobovinine 20 contiene en proporción equilibrada todos los elementos minerales esenciales los cuales proceden de la sangre de bovino que es una parte importante de su composición, y además la fracción activa de hígado que facilita el aprovechamiento de ellos.

---

[2]Victor E. Levine, M. D., Ph. D. "Tratamiento de la Anemia" International Clinics. Vol. III, Series 39, J. B. Lippincott Company, 1929.

[3]A. W. Fuller. "La Anemia, sus Causas y Tratamiento." H. K. Lewis & Co., Ltd., London.

[4]W. Evans. "La Anemia Grave de la Preñez y el Puerperio." Lancet Vol. 1, Page 14, 1929.

[5]P. Brault. "Un Cas de Guèrison d'Anémie Pernicieuse Gravidique avant l'Accouchement par Ingestion de Foie," Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, Vol. 17, Page 619, 1928.

[6]R. Larrabee. "Las Anemias Graves de la Preñez y el Puerperio," American Journal of the Medical Sciences Vol. 170, Page 371, 1925.

[7]P. N. Deschamps and A. Froyes. "Anémie Pernicieuse Gravidique Traité par la Méthode de Whipple. Retour au Chiffre Globulaire Normal sans Interruption de la Grossesse. Accouchement á Terme d'un Enfant Vivant." Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hópitaux de Paris, Vol. 52, Page 153, 1928.

• • •

Nótese La Composición Del Neobovinine 20

Los Siguientes Análisis No Deben Tomarse Como Fórmulas

COMPOSICIÓN MEDIA TOTAL

Sangre de Bovino	53.3%
Extracto de Hígado	26.6
Alcohol (en volumen)	15.0
Glicerina	2.7
Sal y Agua	2.4

TRADUCIDA EN

Alcohol (en peso)	11.35%
Ceniza	2.00
Proteína (Nx6.25)	11.25
Azúcares reductores	1.30
Grasa	0.25
Glicerina	2.70
Agua y substancias volátiles	71.15

PROMEDIO DE CONTENIDO MINERAL

Miligramos por 100 c. c.

Hierro (Fe)	34.0
Cobre (cu)	0.76
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8
Zinc (Zn)	5.0
Magnesio (Mg)	2.9
Potasio (K)	238.0
Sodio (Na)	107.0
Azufre (S)	170.0
Cloro (Cl)	163.0
Manganeso (Mn)	Trazas.

CADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 0.83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO

Neobovinine 20 es un compuesto orgánico original libre de substancias inorgánicas excepto sal. Contiene materiales para la formación de nuevos hematíes y hemoglobina, más el principio activo de hígado que asegura su aprovechamiento.

Neobovinine 20

A EFICACIA del hígado en la anemia secundaria ha sido plenamente demostrada cuando se complementa con otros elementos minerales.

Neobovinine 20 posee las ventajas de la epatoterapia más los benéficos efectos positivamente demostrados del hierro orgánico y otros elementos minerales orgánicos (asimilables).

Intensos experimentos de laboratorio y ensayos clínicos han demostrado ampliamente su eficacia en todas las formas de anemia para la regeneración y formación de hemoglobina y glóbulos rojos.

Todos los elementos orgánicos necesarios están presentes en la sangre de bovino desfibrinada que es una parte importante del Neobovinine 20.

La sangre[1] es la más rica fuente conocida de hierro animal (asimilable) y contiene 247.5 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína mientras que la carne cruda de res generalmente considerada rica en hierro contiene solo 7.6 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína. Según el método que se use, hasta el 81 por ciento[2] del hierro, el fósforo y otros minerales presentes en los vegetales se pierden en la cocción.

La sangre fresca de bovino en el Neobovinine 20 es tratada por un procedimiento en frío y en su preparación las propiedades activas y sales minerales animales no han sido destruídas por el calor. Es significativo que los mejores resultados en la hepatoterapia (cuando se emplea el hígado solo) han sido obtenidos cuando el hígado se toma crudo.

Como se ha indicado, además del hierro, cantidades relativamente pequeñas pero importantes de otros elementos minerales incluyendo el cobre toman parte activa en la formación de la hemoglobina. Estos elementos, en forma orgánica, están contenidos en el Neobovinine 20. Una substancia viene a complementar la otra.

El Neobovinine 20 tiene una influencia definida sobre el apetito, determinando una entrada calórica mayor y dando como resultado un efecto favorable sobre el metabolismo general.

También provee seroproteínas nitrogenadas útiles para aumentar las proteínas de cereales y productos lácteos que son de poco valor hematógeno a menos que sean complementadas con proteínas provenientes de otras fuentes.

El Neobovinine 20 tiene buen gusto, es facilmente tolerado y no se le conocen contraindicaciones.

Nota: El color del Neobovinine 20 puede variar pero esto no afecta su poder en forma alguna

DOSIS: En los estados anémicos, marasmo, dieta deficiente, desnutrición y empobrecimiento general de la sangre, una cucharada cuatro veces al día, preferible después de las comidas y antes de acostarse.

• • •

Niños: Graduar según el peso, 20 libras (9 kilos), 1/8 de la dosis para adulto; 40 libras (18 kilos), 1/4; etc.—

• • •

Neobovinine 20: Representa el adelanto más notable desde la introducción de la hepatoterapia, y está adquiriendo rapidamente un lugar preponderante en el tratamiento de todas las formas de empobrecimiento de la sangre.

Neobovinine 20: Para la regeneración y formación de glóbulos rojos y hemoglobina. Después de intensas pruebas de laboratorio reguladas cientificamente y numerosos ensayos clínicos con gran éxito, puede ya obtenerse por prescripción.

Neobovinine 20

8134 McCormick Boulevard
CHICAGO, E. U. A.

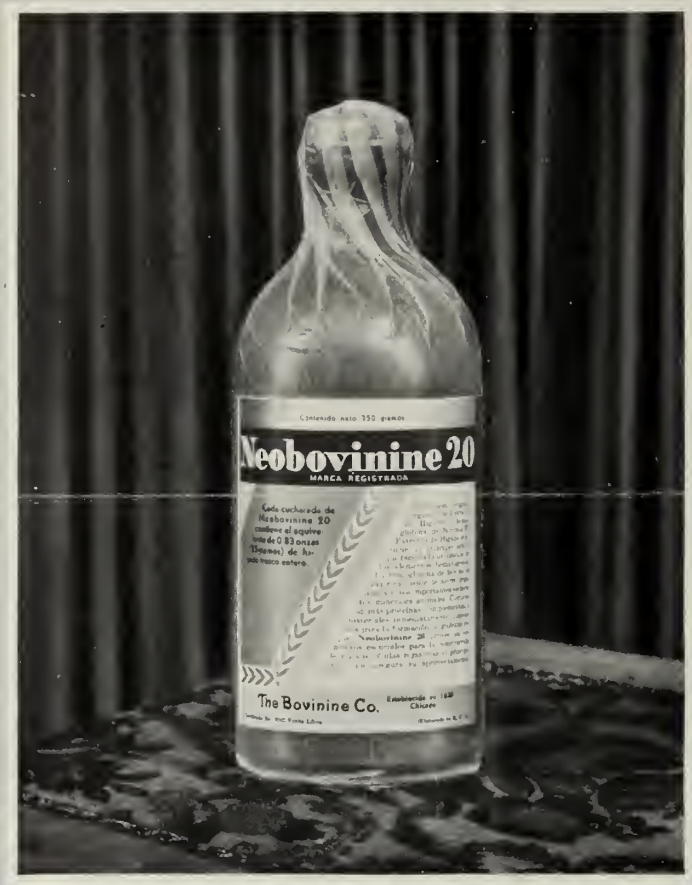
Casilla Correo 1620
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Impreso en E.U.A.

[1] F. B. Forbes and R. W. Swift. "El Contenido de Hierro en las Carnes." Journal of Biological Chemistry. Vol. 67, No. 517, 1926.

[2] Peterson and Hoppert. Journal of Home Economics. Vol. 17, No. 265, 1925.

ADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE
83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO



Neobovinine 20

en las anemias secundarias

PUEDE confiadamente esperarse inmediato efecto benéfico sobre el apetito y bienestar general cuando

Neobovinine 20

se prescribe para todas las formas de anemia, desnutrición y agotamiento en general.



Adjudicaciones por Servicio de Guerra Distinguido

COMO una de las primeras compañías en los Estados Unidos de América a recibir la aspirada Bandera con la insignia "E" de la Marina en prueba de las realizaciones sobresalientes llevadas a cabo en el programa de armamento de la América, la Bausch & Lomb se le adjudicó este honor el día 25 de julio de 1941.

Después de haber entrado los Estados Unidos en la guerra, la Bausch & Lomb continuó recibiendo altos honores de parte del Departamento de la Marina, ganando el otro Gallardete "E" de la Marina, con una estrella adicional en el mes de mayo de 1942. Luego, el día 6 de septiembre de 1942, la insignia "E" del Ejército y de la Marina, la adjudicación combinada de ambos Servicios del Gobierno, le fué dada a la Bausch & Lomb para demostrar el reconocimiento por esas dos organizaciones militares de la constancia extraordinaria de la compañía en la producción de materiales ópticos para la guerra.

Esa constancia de los honores por el prominente servicio al Gobierno de los Estados Unidos de América data desde la Guerra Mundial I, en cuya época la Bausch & Lomb recibió una "Adjudicación por Servicio Distinguido" del Departamento de Guerra. Durante los años que han mediado, la Bausch & Lomb ha venido trabajando en estrecha colaboración con la Marina de Guerra de los Estados Unidos en el desarrollo de los asombrosos instrumentos ópticos de guerra que actualmente están ayudando a obtener victorias para las Naciones Unidas.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.
COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria y la Corrección de los Defectos de la Vista.



LOS DEDOS TORCIDOS DE JUANITO

Mientras los muchachos sean muchachos siempre sufrirán de torceduras y contusiones o golpes en los pies y no por ello va a dejar de curárseles. Una simple torcedura puede ser tan dolorosa como la más seria de las inflamaciones.

El curso lento de la circulación de la sangre en la parte afectada tiene mucho que ver con el restablecimiento de las torceduras y hace que el joven paciente se encuentra muy desasosegado.

Cuando un golpe contuso causa una congestión en determinada area del cuerpo, es muy conveniente emplear el mismo tratamiento que usted ya ha encontrado tan efectivo en las inflamaciones tóxicas o de origen infeccioso. . . .



NUMOTIZINE

USOS — Contusiones, torceduras, quemaduras leves, abscesos superficiales, inflamaciones glandulares, artritis, afecciones agudas de las vías respiratorias y otras afecciones de carácter inflamatorio local.

Envases Originales—Tarros de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

TARROS DE CRISTAL RETAPABLES . . . NO HAY CONTAMINACIÓN . . . NI DESPERDICIO

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

Tratamiento de mantenimiento de la Anemia Perniciosa con—

SOLUCION EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO A 1 cc.
(PARENTÉRICA)

Lederle

EN un estudio clínico reciente ALT y YOUNG[1] confirmaron las observaciones de MURPHY[2,3] de que los extractos muy concentrados de hígado son tan eficaces como los extractos "crudos" en el tratamiento de la anemia perniciosa, fuese o no afectada la médula espinal. Estos clínicos mantuvieron remisión total en una serie de pacientes administrando "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" con intervalo promedio de 17.5 días. Comentan como sigue:

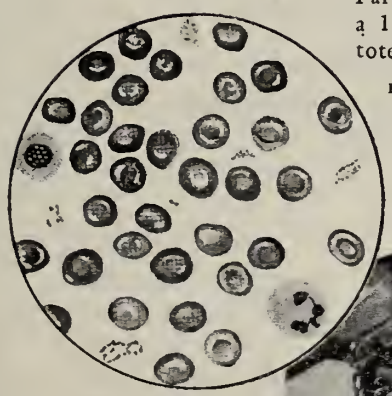
> "Para mantener al paciente con anemia perniciosa, es primero necesario tener la seguridad de que el extracto hepático empleado posee la potencia deseada. En segundo lugar, la respuesta de cada paciente debe ser estudiada individualmente. Algunos requieren más del principio activo del hígado que otros para la remisión completa. Como regla general es aconsejable administrar más del requisito mínimo de hígado para proteger al paciente contra la recaída.
>
> "El paciente que hoy sufre anemia perniciosa puede, con gasto mínimo y pocos inconvenientes, mantener la remisión indefinitivamente. Siempre es arrestada la degeneración de la médula espinal y por lo general las manifestaciones neurológicas mejorarán en los casos menos avanzados
>
> "En vista de que el paciente tolera mejor la dosis de 1 c.c. de los extractos de hígado concentrados, es de preferirse esta clase de preparado para uso rutinario."

Para el paciente la "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" constituye una forma de hepatoterapia eficaz, económica y conveniente.

BIBLIOGRAFÍA:

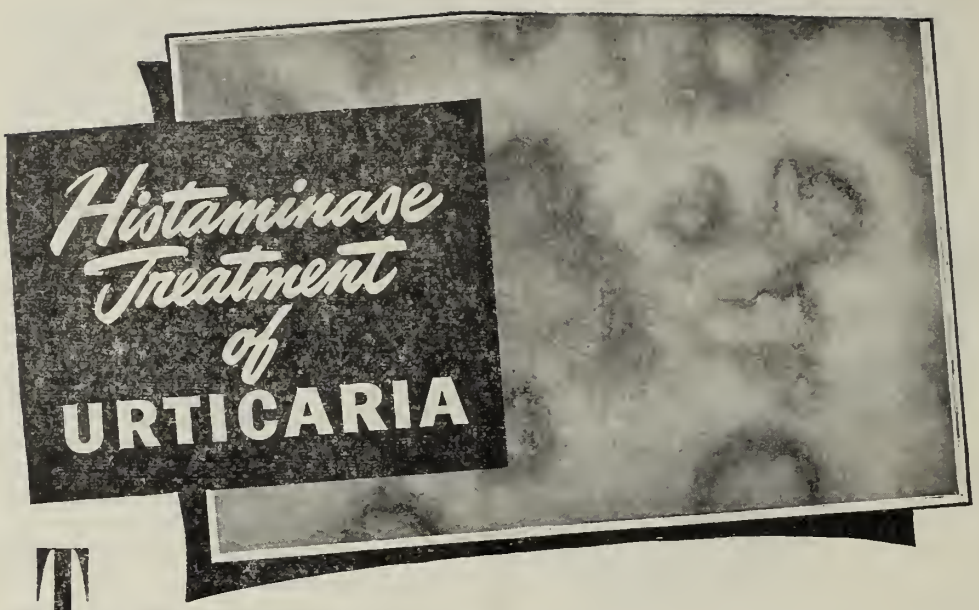
1. ALT, H. L., y YOUNG, R. H., Ill. M. Jour., 78:444-448, noviembre de 1940.
2. MURPHY, W. P., Am. J. M. S., 191:597-607, 1936
3. MURPHY, W. P., y HOWARD, I., J. A. M. A., 112:106-110, 1939.

LEDERLE LABORATORIES CO.
76 Salvador Brau San Juan



El dibujo representa un frote obtenido de un paciente bajo hepatoterapia adecuada por espacio de dos años. Las células blancas y rojas son de contorno y tamaño normales. La hemoglobina es normal o excesiva y son abundantes las plaquetas.

ENVASES:
Tres frascos de 1 c.c.—cada centicubo contiene 15 unidades F. EE. UU.



THE logic of employing histaminase clinically is based upon numerous observations reported by various clinicians. Prompt relief from urticaria has been noted in many cases, including some of prolonged duration which proved refractory to the usual therapeutic measures.

Other types of skin edema and whealing have also been benefited by Torantil. These include angioneurotic edema, manifestations of physical allergy, the urticaria of serum sickness, and the localized swelling of insulin allergy at the site of injection.

HISTAMINE DETOXIFYING AGENT • Torantil — histaminase preparation — is biologically standardized in histamine detoxifying units. Before release all lots are demonstrated to possess the biologic properties of histaminase.

Supplied in Larger Tablets—

Torantil is now supplied in tablets of **10 units,** bottles of 100 and 500 tablets, at the same price heretofore prevailing for tablets of 5 units.

TORANTIL

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y. WINDSOR, ONT.

Booklet discussing in detail the clinical application of Torantil will be sent to physicians on request.

ALLEN 77 — APARTADO 402
SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

AÑO XXXV | AGOSTO, 1943 | Número 8

APENDICITIS AGUDA

AMERICO SERRA, M.D., F.C.A.S.

Ponce, P. R.

Introducción:

En Puerto Rico, al igual que en casi todos los países civilizados, la apendicitis aguda es enfermedad muy frecuente, y exceptuando el cáncer en todas sus formas, es la condición quirúrgica que más muertes produce.* Por estas razones deseo discutir con alguna amplitud este tema dando énfasis a aquellos puntos en los cuales la mayoría de los autores están de acuerdo, y mencionando algunos en los que existe controversia; y de una vez, añadiré algunas de las experiencias y resultados obtenidos por mí en una serie de casos que aunque pequeña en número, creo de algún valor, ya que durante los últimos diez años sólo han aparecido cinco trabajos sobre apendicitis aguda en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico informando en total poco más de 600 casos entre agudos y crónicos, y la mayoría de éstos de la Zona Metropolitana de Puerto Rico.[1,2,3,4,5]

Historia:

Hace cerca de dos siglos se describieron las primeras inflamaciones del apéndice. Mestivier en 1759 publicó por primera vez este hallazgo, y en 1812 Parkinson atribuyó a la apendicitis un caso que falleció a consecuencia de peritonitis. Melier fué el primero en reconocer la enfermedad en el vivo en 1827, y Kronlein en 1884 fué el primero en remover un apéndice perforado causante de una peritonitis. En 1886 Reginald Fitz, de Boston, reconoció e hizo interesarse a la profesión médica americana en la apendicitis como una entidad médica definida.

En julio de 1894 publicó Charles Mc Burney su técnica de la incisión abdominal en parilla (*"muscle splitting"*) que hoy lleva su nombre. Hay que aclarar, sin embargo, que dicha incisión debería en justicia llamarse McBurney-McArthur, pues ambos cirujanos independientemente idearon la misma incisión para la misma fecha y fué por mera casualidad el que McBurney se adelantara a McArthur en su publicación, pues este último (L. L. McArthur) tenía su artículo ya escrito y presto a ser leído ante la Asociación Médica de Chicago, en junio de 1894. Debido a lo extenso del programa y estar su trabajo en último turno, McArthur tuvo a bien posponer su lectura hasta varios meses más tarde.[6]

Incidencia:

Según estadísticas compiladas por Spen-

* Las tablas demográficas de Puerto Rico revelan mayor número de defunciones por obstrucción intestinal e intususcepción, pero soy de opinión que muchos de éstos, son casos de íleo paralítico de origen apendicular.

cer[7] la enfermedad es dos veces más frecuente en Estados Unidos que en Gran Bretaña, Holanda y Suecia. En Dinamarca, Italia, España y Grecia la frecuencia es menor que en Gran Bretaña, Holanda y Suecia. Los residentes de zonas urbanas son más propensos a la enfermedad que los residentes en zonas rurales. Entre gente primitiva la enfermedad es rara. Dos lustros antes de comenzar el siglo actual, la enfermedad aunque conocida en muchos países era poco frecuente y no fué hasta después de 1890 en adelante que la enfermedad aumentó en frecuencia de manera sorprendente. La causa exacta de este tan notable y rápido aumento es del todo desconocida. Las estadísticas de los últimos 35 años demuestran que la enfermedad sigue aumentando año tras año. A ciencia cierta no podemos saber qué proporción de éste es aumento real o sólo aparente, debido a mayor familiaridad con la enfermedad y diagnóstico correcto más frecuente.

DEFUNCIONES OCURRIDAS EN PUERTO RICO, ESTADOS UNIDOS Y CANADA, POR APENDICITIS (APROXIMADAMENTE POR CADA 100,000 HABITANTES DE POBLACION)

Año	Pto. Rico	EE. UU.	Canada
1930		15.3	
1931		15.2	
1932		14.2	
1933	4.5	14.1	13.6
1934	4.1	14.3	14.6
1935	4.1	12.7*	13.7
1936	4.5	12.7*	13.
1937	4.1	11.9	13.
1938	4.4		
1939	4.6		
1940	4.0		
1941	4.5		

* Marshall, S. F., cita esta cifra para 1936 (Surg. Clinics of N. A., pag. 732, June 1940). Barrow, W., cita la misma cifra para 1937 y no dá ninguna para 1936 (Surg. Gyn. & Obst., vol. 72, pp. 249, Feb. 1941). (Sin duda hay un error en una de estas citas).

A juzgar por las tablas demográficas, y asumiendo coeficientes de mortalidad similares, la enfermedad es tres veces más frecuente en Estados Unidos y Canadá que en Puerto Rico.

Empero hay que recordar que en Puerto Rico un considerable número de certificados de defunción son expedidos por los médicos por referencia y sin haber nunca visto a los enfermos. Además es muy posible que en Puerto Rico los coeficientes de mortalidad en esta enfermedad sean más bajos que en Estados Unidos y Canadá, como lo tienden a demostrar las únicas series informadas en la última década, viz. Del Toro[3] 2.47% en 485 casos entre agudos y crónicos, 3.67% entre casos agudos; Casanova y Hicks[5], 128 casos agudos, un gran número con perforación y peritonitis, con 0%; Noya Benítez[4] una pequeña serie de casos agudos en viejos con 0%, y esta serie del autor de 249 casos agudos con 2.81%.

A juzgar por el hecho de que Casanova y Hicks[5] tuvieron 128 casos agudos en el Hospital de Distrito de Bayamón en siete meses, y que entre 13,500 ingresos en el Hospital de Distrito de Ponce hemos tenido 567 casos entre agudos, subagudos y crónicos (4.2% de los ingresos) podemos inferir que la incidencia de esta enfermedad en Puerto Rico si no es igual a la de Estados Unidos y Canadá, está muy cerca de serlo.

Etiología:

1—*Raza y Dieta*: La raza *per se* no parece predisponer. La enfermedad aparentemente va con la civilización; así tenemos que es casi desconocida entre pueblos pri-

mitivos, pero aparece en grandes números una vez estos pueblos adoptan métodos de vida civilizados. Entran en la explicación de este fenómeno, probablemente, los factores vida más sedentaria y abandono del hábito de evacuación en cuclillas, que según algunos autores tiende a vaciar completamente el intestino ciego al flexionarse fuertemente el muslo contra el abdomen; y seguramente el factor dietético. Es muy probable que la dieta concentrada y abundante en carnes y grasa, y deficiente en celulosa, predispone a las gentes civilizadas a la enfermedad.

2—*Sexo*: En casi todas las series de casos informados de Estados Unidos y Europa, la enfermedad es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. No así en Puerto Rico, donde en 650 casos agudos recopilados de varios hospitales de Ponce el sexo femenino predomina con un 54%, y en San Juan, del Toro[3] informa 59% del mismo sexo en una serie de 485 casos entre agudos y crónicos.

3—*Clima*: Aparentemente el factor clima no juega papel de importancia alguna. En los países donde hay gran variación de temperatura en las diferentes estaciones del año, algunos autores[8] han encontrado diferencia en la casuística, según la estación del año. En Puerto Rico, donde no tenemos gran variación de temperatura en las estaciones, no es de esperarse variación en la casuística en diferentes épocas del año.

4—*Edad*: La enfermedad puede desarrollarse en cualquier edad. Hay casos informados desde 3 días hasta más de 90 años.[9] Recientemente Rowland W. John[10] informó un caso con perforación y peritonitis en un infante de 20 días, y F. H. Coleman[11] operó con éxito un niño de 5 meses de edad. Es entre los 10 y 30 años que la enfermedad es más frecuente. En esta serie de 249 casos el enfermo más joven tenía 7 años y el más viejo 67, y la mayoría fluctuaba entre los 10 y los 35 años de edad.

5—*Trauma*: Es en muy raros casos que el trauma es factor etiológico en la apendicitis aguda. Así tenemos que en una encuesta que incluye 49,604 casos en Estados Unidos, solamente en 9 de ellos jugó éste p a p e l etiológico de importancia (0.018%)[12]. En casi todos estos casos el apéndice recibe traumatismo directo, como en el caso reciente que informa Ronald Rogers[13] de perforación y absceso apendicular producido por la coz de una vaca. Algunos autores son también de opinión que el trauma abdominal puede forzar el contenido del ciego, o empujar "fecalitos" distalmente en el lumen del apéndice, y de esta manera predisponer a un ataque agudo. De esta naturaleza es el caso informado por C. M. Burgess[14], de Honolulu, producido por los golpes de una barrena neumática.

6—*Parasitismo*: El *role* que puedan desempeñar todos y cada uno de los parásitos intestinales en la etiología de la apendicitis aguda no se puede precisar con certeza. Sabemos, sin embargo, que la infiltración del apéndice con ova de Schistosoma, no es del todo rara. En estos casos se produce una inflamación subaguda, caracterizada comúnmente por endurecimiento y engrosamiento del órgano que puede palparse fácilmente a través de la pared abdominal[15]. La apendicitis amebiana, muchas veces con perforación de este órgano, es también conocida[16]. El *oxyuris vermicularis* que vive en el intestino grueso, especialmente en el ciego, se encuentra a menudo en el apéndice y puede penetrar la mucosa y causar inflamación de este órgano[17-18]. Recientemente se han informado varios de estos casos por Schwartz[19], Carrel[20], Kaplan[21] y otros autores[22-23]. En mi propia serie de 249 casos encontré uno

con el oxyuris incrustado en la pared del apéndice.

El *role* del *trichuris trichiura* se desconoce, pero se cree que no produce patología alguna, ya que según Wickmann[24] el parásito no penetra la pared intestinal, y sólo se agarra en la mucosidad que existe entre los *villi* intestinales. He encontrado este parásito en dos apéndices, y soy de opinión que se encontraría a menudo si se buscase, ya que en Puerto Rico un 58% de la población urbana y más del 75% de la población rural, están infectados con este helminto[25], y además el trichuris habita normalmente en los alrededores del ciego.

De acuerdo con Manson-Bahr[26], el *ascaris lumbricoides* puede también causar apendicitis. He tenido dos casos: uno en una niña de 14 años, y otro en un joven de 17 años de edad, que al operarlos por apendicitis aguda encontré apéndices inflamados pero aparentemente endurecidos sobremanera, y al cortar el órgano de su base en el ciego, seccioné en dos mitades al parásito que ocupaba el lumen. Ambos casos curaron rápidamente, sin complicaciones.

7—*Obstrucción*: A la luz de las más recientes investigaciones es indudable que la obstrucción del lumen apendicular es el factor más importante y más común en el desarrollo de la apendicitis aguda.

De acuerdo con Wangensteen[27], a pesar de que puedan haber otras causas y factores en apendicitis, la obstrucción es la única causa tangible, y ella sola puede producir todas y cada una de las variedades clínicas de la enfermedad. Las dos causas más comunes de obstrucción del lumen apendicular son los "fecalitos" y el edema, recrecimiento o hinchazón del tejido linfoide. A este respecto es bueno recordar que la enfermedad acompaña algunas veces a las infecciones agudas de otros tejidos linfáticos, muy especialmente a las infecciones de los tejidos linfáticos de la nasofaringe; y que la vacunación contra la fiebre tifoidea a veces puede ser causa de apendicitis debido al recrecimiento del tejido linfático apendicular que la vacuna produce.

Las angulaciones, bandas, estenosis y la posición retrocecal pueden también dar margen a la obstrucción. El mecanismo de cómo llena el apéndice y de cómo se forman las fecalitos, es enteramente desconocido.

McCalley y Stalker[28], de la Clínica Mayo, en un estudio de 70 casos de apendicitis aguda, del tipo obstructivo encontraron "apendicalitas" en 78% de ellos. De acuerdo con estos autores el examen macroscópico del apéndice en situ, y el examen detenido del órgano abierto después de extirpado, nos demuestran si el factor obstructivo está presente o no. La obstrucción puede ser clasificada como *temprana* o *tardía;* en este último caso hay infección con inflamación aguda y falta de circulación. En ambos casos la obstrucción es evidente y hay adelgazamiento de la pared con dilatación del lumen que contiene líquido bajo presión.

Los tipos no obstructivos no exhiben dilatación del lumen y adelgazamiento de las paredes, por el contrario tienen engrosamiento y esponjamiento de las paredes debido a edema e infiltración inflamatoria.

Estos autores añaden que el síntoma clínico más típico de los casos obstructivos fué el dolor cólico intermitente, con temperatura y cómputo leucocitario normales al comienzo de la enfermedad, y recalcan que el intervalo entre el punto cuando el cuadro clínico de una apendicitis aguda obstructiva es claro, y el punto de perforación puede ser muy corto, y que cuando la perforación ocurre la cavidad peritoneal y el omento no están debidamente preparados para atajar la infección. Por

esto la importancia de tratar adecuadamente estos casos bien temprano.

8—*Cuerpos extraños*: Aparte de los fecalitos arriba anotados que algunas veces pueden desarrollarse en cálculos gigantes y facetados como en el caso de Adcock y Bunch[29], también han sido informados recientemente varios casos de cuerpos extraños en el apéndice. Entre estos, los más frecuentes son las municiones y perdigones y se encuentran casi siempre en gentes que gustan de comer piezas de caza y aunque parezca extraño, los más de los casos son descubiertos durante exámenes rutinarios de rayos Roentgen[30] o en autopsias.*

Lennon[31] informa un caso en que 3 cálculos biliares dieron lugar a una apendicitis gangrenosa en un enfermo de 27 años, sin previo historial de cólico biliar y Tomasini[32] halló un alfiler en un apéndice en estado de inflamación aguda.

Diagnóstico:

Cuando los enfermos presentan un cuadro clínico típico —dolor que comienza en el epigastrio, se localiza algún tiempo después en el cuadrante inferior derecho, acompañado por fiebre, náusea y vómitos, defensa muscular y leucocitosis— el diagnóstico es sumamente fácil, y son muchos los pacientes que llegan al médico con el diagnóstico correcto hecho por ellos mismos. Sin embargo, muchos de los casos no son típicos, y entonces encontramos que la apendicitis aguda puede presentar una gran variedad de cuadros clínicos. Bastará, a este respecto, recordar: 1.—Las distintas variaciones en la posición anatómica del apéndice; 2.—Los distintos factores etiológicos que pueden causar la enfermedad; y 3.—Que hay varias manifestaciones patológicas de la infección aguda de este órgano.

En opinión de Marshall[33] el apéndice puede encontrarse en cualquier punto del abdomen, exceptuando el cuadrante superior izquierdo. Lewis y Firor[9] dan el siguiente orden de frecuencia en la localización anatómica de este órgano: 1ro., apuntando en la pelvis; 2do., hacia los vasos ilíacos derechos; 3ro., hacia el promontorio del sacro; 4to., posterior al ciego; 5to., debajo del ileon; 6to., lateral al ciego; 7mo., hacia la fosa ilíaca derecha; 8vo., entre las asas del intestino delgado; y, 9no., medial al ciego.

Existe también la posibilidad teórica que el órgano pueda hallarse en el cuadrante superior izquierdo, cuando se trate de un apéndice largo que se extiende hacia arriba en un enfermo con transposición de las vísceras abdominales.

Los distintos factores etiológicos ya han sido discutidos, y en cuanto a cambios patológicos, es sabido que la apendicitis aguda varía desde una simple inflamación catarral de la mucosa, infección difusa de todo el órgano, gangrena, formación de absceso hasta la ulceración y perforación.

Es por estas variaciones anatómicas, etiológicas y patológicas arriba descritas que tenemos la gran variedad de cuadros clínicos que pueden ser producidos por la enfermedad. Así se explica, por ejemplo, la gran diferencia entre los síntomas y signos físicos producidos por una simple inflamación catarral en un apéndice retrocecal, y aquellos producidos por un absceso en la punta de un apéndice que apunta hacia la cavidad pélvica.

Debo mencionar también que en los niños e infantes el apéndice es relativamente más grande que en el adulto, y la mesenteria es muchas veces relativamente más larga y menos fija, y el omento más alto

* El caso más notable de estos fué informado por George Lewis en 1856. En un hombre de 88 años de edad que murió de neumotórax se le encontraron 122 perdigones en el apéndice. Este individuo no tenía dientes y gustaba de comer cacería.

y más corto que en el adulto, habiendo por tanto menos tendencia a la localización de la infección.

Ladd[34] recalca que el práctico que considere al niño como simplemente un pequeño adulto tendrá dificultad en el diagnóstico correcto de esta enfermedad.

En mi experiencia, el signo de más valor en diagnóstico es sensibilidad localizada (*localized tenderness*), y espasmo muscular sobre el sitio del apéndice, y fué hallazgo en la gran mayoría de la serie de los casos por mí tratados. Cuando el órgano está localizado anteriormente, la sensibilidad y reacción muscular se centralizan sobre el sitio directamente sobre el apéndice. Sin embargo, cuando el órgano se extiende hacia la cavidad pélvica, huelga la rigidez muscular y el punto sensible sólo se encuentra por medio de un examen pélvico o rectal. En casos de apéndice retrocecal, la rigidez y sensibilidad se localiza posteriormente.

La curva térmica es muy variable, y varios de los casos por mi operados no presentaban fiebre, y la gran mayoría presentaba menos de 38° C. En mi experiencia, fiebre de 38.5° C. o más es producida rara vez o en presencia de complicaciones.

Anorexia fué síntoma muy frecuente en esta serie y náusea o vómitos fué hallazgo en más de 50% de mis casos.

El dolor es por lo regular de poca intensidad a su comienzo en el epigastrio, y una o varias horas después se localiza en la región apendicular y aumenta en intensidad. Este síntoma varía en intensidad y naturaleza, dependiendo de la patología envuelta. Así tenemos que puede ser muy intenso y de carácter cólico en casos de lumen ocluido con gran dilatación del apéndice. Al gangrenarse o perforarse el órgano, este dolor cólico fuerte cesa y es seguido por dolor generalizado en gran parte del vientre en caso de perforación o de sensibilidad localizada en casos de gangrena. Es casi axiomático que el cese repentino del dolor agudo en la apendicitis nunca es evidencia de curación espontánea, muy al contrario es indicio de complicación grave.

Mientras más experiencia va adquiriendo el cirujano, menos valor le va dando al cómputo leucocitario en el diagnóstico precoz de la apendicitis aguda, y lo ideal sería que nunca tuviéramos que esperar el desarrollo de la leucocitosis para establecer el diagnóstico de esta enfermedad. He observado varios casos de gangrena y de perforación sin aumento leucocitario, y en dos casos de apendicitis aguda (no tuberculosa) en pacientes con tuberculosis pulmonar activa procedentes del Sanatorio Insular de Ponce encontré leucopenia. Una leucocitosis moderada de 10 a 14 o 15 mil, y en algunos casos hasta 20 mil por milímetro cúbico, significa evidencia confirmatoria de la enfermedad, especialmente si va acompañada de aumento en las formas polimorfonucleares. De mucho más valor que el cómputo total y diferencial simple es el cómputo de Schilling no sólo para confirmar el diagnóstico sino también para darnos un índice de la intensidad de la infección y su pronóstico. En la experiencia de Gauthier[35] y otros[36-37], aún aquellos casos con poco aumento en el cómputo total y diferencial simple demuestran un aumento en las células jóvenes y un marcado cambio "*shift*" hacia la izquierda proporcional a la severidad de la infección.

Son muchas y variadas las condiciones intra y extraabdominales que simulan la apendicitis aguda, tales como trastornos uretero-renales (cálculo renal, pielitis), hidronefrosis intermitente, etc., colecistitis aguda, salpingitis aguda, fiebre tifoidea, paratifoidea, malaria, úlcera duodenal, pulmonías especialmente en niños, peritoni-

tis idiopática, adenitis mesentérica, condiciones del útero y los ovarios, pleuresía diafragmática, condiciones cardíacas, etc. En mi experiencia, las enfermedades más comunes a diferenciar en Puerto Rico, son las salpingitis agudas, las condiciones uretero-renales del lado derecho, la colecistitis, adenitis mesentérica, la peritonitis idiopática y la malaria.

Complicaciones:

La apendicitis aguda por sí sola no es enfermedad que reviste gravedad. De rareza puede considerarse la defunción producida por una infección limitada estrictamente al apéndice. Son las complicaciones las que hacen de esta enfermedad cosa grave y producen la inmensa mayoría de las defunciones. Mientras la infección se concreta al lumen y paredes interiores del órgano, no hay complicaciones, pero en el momento que la infección atraviesa las paredes e invade la serosa, de hecho ya tenemos una peritonitis, que aunque de carácter local al principio puede muy bien extenderse hasta generalizarse.

Algunas complicaciones frecuentes son:

1—*Peritonitis*—Un gran número de enfermos desarrolla peritonitis, la mayoría de carácter totalmente localizado o del tipo *spreading* (en proceso de extensión), y algunos de carácter generalizado o difuso. El que algunos enfermos puedan localizar la infección y otros no, depende de factores desconocidos más los factores de etiología, anatomía y la administración de purgantes. Los purgantes evitan la localización del proceso y tienden a su extensión debido a la hiperperistalsis que producen. Bower[38] recalca que cuando el apéndice perfora en una persona de resistencia promedio (resistencia de los tejidos para su defensa normal o promedio) los cambios peritoneales se extienden por tres zonas: 1ra., zona central, que incluye parte o todo el apéndice cubierto parcial o totalmente por el omento o por exudado; 2da., zona media en que el ciego y las asas próximas del ileon están aglutinadas y parcialmente cubiertas por exudado; y, 3ra., la zona periferal que presenta cambios variados e indeterminados. El cirujano, dice Bower, sólo debe ver la zona central y parte de la media, y nunca debiera ver ni menos tocar la zona periferal para no romper las defensas naturales del enfermo, pues esto siempre aumenta el coeficiente de mortalidad.

Una gran mayoría de los casos de *spreading peritonitis* (peritonitis en proceso de extensión), se localizan y nunca llegan a generalizarse totalmente y asumir un carácter difuso. Sin embargo existe una gran tendencia entre algunos cirujanos a catalogar muchos de estos casos como de peritonitis generalizada, y es ésta una de las razones principales por la cual observamos la gran diferencia en los resultados obtenidos por diferentes autores en el tratamiento de la peritonitis de origen apendicular.

En mi opinión, la peritonitis generalizada o difusa produce aún un coeficiente de mortalidad siempre alto, no obstante el gran progreso alcanzado con el empleo de los más modernos métodos terapéuticos, tales como las drogas sulfa, venoclisis contínua, succión gastro-intestinal contínua, transfusión de sangre, etc. En 249 casos tuve 13 casos de peritonitis generalizada, de los cuales murieron 5.

2—*Absceso*—El absceso alrededor del apéndice como complicación, es hallazgo en alrededor del 8 al 10% de los casos, y su localización varía según la posición anatómica del órgano. En esta serie tuve 19 casos de absceso, 15 de los cuales fueron operados con 1 defunción y 4 curaron sin operación.

3—*Adherencias*—La formación de adherencias intraabdominales es complicación tardía o post-operatoria, y éstas pueden producir obstrucción intestinal.

4—*Absceso subfrénico*—Es complicación grave que puede desarrollarse, especialmente en casos de apéndice retrocecal perforado. No hubo esta complicación en esta serie de casos.

5—*Complicaciones pulmonares*—En casos con trombosis de las venas de Retzius, de la pelvis o extremidades puede ocurrir la embolia pulmonar. No es complicación muy frecuente y no la hubo en esta serie de casos. Como resultado de la anestesia y la operación, algunos enfermos desarrollan atelectasia pulmonar. Tuve un enfermo que desarrolló esta complicación después de la apendicectomía con anestesia etérea.

6—*Hemorragia del estómago, post-operatoria*—Es esta complicación rara pero seria. Un enfermo de esta serie estuvo muy grave debido a vómitos hemorrágicos continuos, por varios días después de la apendicectomía.

7—*Tromboflebitis*— Esta complicación debe sospecharse siempre cuando el paciente sufre calofríos ante o post-operatorios. Si la vena porta es afectada, esta complicación es de carácter muy grave, pues dá lugar al desarrollo de abscesos múltiples en el hígado.

En opinión de Hawkes[39], los síntomas de apendicitis aguda acompañados de calofrío, se deben muchas veces a una tromboflebitis de la vena apendicular, y en estos casos débese ligar la vena ileo-cólica arriba del trombo, antes de la apendicectomía, para de esta manera evitar la pileflebitis y los abscesos hepáticos.

De acuerdo con Altschuler[40], de Palestina, una inflamación purulenta en la vecindad del ilio, puede producir tromboflebitis de las venas ilio-lumbares. Esta complicación no tan grave como la anterior, es frecuente en apendicitis retrocecal, e inflamaciones de los anejos femeninos, y se caracteriza por calofríos y fiebre séptica, y aparece varios días después del desarrollo de la enfermedad o varios días después de la operación, mientras que la tromboflebitis de la iliocólica aparece al comienzo de la enfermedad o poco tiempo después de la operación.

8—*Ulcera péptica perforada*— Emerson[41] informa un caso de perforación de úlcera duodenal coexistente con apendicitis aguda. En esta serie tuve un caso similar que informé en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, en octubre de 1940.[42]

9—*Gangrena de gas e infección con otras bacterias anaeróbicas*—Varios son los casos de gangrena de gas como complicación a la apendicitis aguda, informados en la literatura. Los más recientes, por Smith y Zimring[43] y por Breslin.[44]

También existe la posibilidad del desarrollo del tétanos, pues es bien sabido que el bacilo tetánico se encuentra a menudo en el colon humano. El que ésta sea una complicación rarísima en casos de apendicitis perforada y de heridas penetrantes del colon, tal vez se deba a inmunidad adquirida por el enfermo contra el bacilo que él mismo alberga.

Aunque generalmente las bacterias predominantes en la peritonitis de origen apendicular son el bacilo Coli y el estreptococo fecalis, muchas veces éstas están acompañadas del *clostrídium Welchii*, y de otros anaerobios[45].

De acuerdo con las investigaciones de Bower et al[46] el *Clostrídium Welchii* desempeña un *role* patogénico de gran importancia en *spreading peritonitis* de origen apendicular. Según estos autores, la antitoxina contra el *clostrídium Welchii* se encuentra en la sangre de cerca de 70% de

enfermos o convalescientes de *spreading peritonitis* debido a apendicitis perforada, en 22% de convalescientes de apendicitis aguda no perforada y en 0% de personas normales. Bower[38] recalca que es casi homicida de parte del cirujano remover el apéndice y romper las defensas naturales del enfermo antes de que el proceso se localice. "De esta manera", dice él, "se está administrando al enfermo la tercera dosis de toxina del *clostridium Welchii*, y otras bacterias durante la fase (inmunológica) negativa. Las anteriores dosis de estas toxinas fueron recibidas la primera por la mucosa del apéndice inflamado, y la segunda al perforar el órgano.

Resultados, Estadísticas, Pronóstico, etc.

Los informes estadísticos de los resultados obtenidos en apendicitis aguda en distintas series operatorias, varían grandemente entre sí. Esto se debe entre otras a las siguientes razones:

1—Diferencia en frecuencia de complicaciones en distintas series. Así, las series con alto promedio de perforación y peritonitis revelan coeficientes de mortalidad más altos que las series con coeficientes de perforación y peritonitis bajos. (Compárese a este respecto de un lado la serie de Jackson[47] de 1201 casos con sólo 34 perforaciones y mortalidad de 0% y del otro las series de Kirtley y Danail[48] de 1000 casos con 308 perforaciones, y mortalidad de 5.1%; Reid y Montanus[49] de 921 casos con 338 perforaciones y mortalidad de 6%).

2—Diferencia en el número de cirujanos y hospitales en las series. Cuando las series son de un solo cirujano o varios colaboradores que están especialmente interesados en los problemas de la enfermedad, en uno o varios hospitales, los resultados son siempre más favorables que en series conjuntas de muchos cirujanos o muchos hospitales, o muchas ciudades. Se debe esto naturalmente al más adecuado tratamiento que reciben los enfermos de las series individuales o de colaboradores afines. (Compárese a este respecto de un lado series individuales o de un solo hospital, como la de Gamble[50] con 129 casos y 1.5% mortalidad, la de Hawk y Woodhouse[51] con 1010 casos y 2.08%, la de Morse y Rader[52] con 8727 casos y 2.15%, la de Rhodes y otros[53] con 1000 casos y 3.6%, y del otro lado series de muchos hospitales o de muchos cirujanos no afines como la de Holder y Wells[54] con 3526 casos y 8.2% de mortalidad en casos agudos, y la de Davis[55] con 2550 casos con 9.92%).

3—Series con el "factor suerte" predominante. Son éstas, series de considerable número de casos sin mortalidad alguna. Soy de opinión que además del más excelente y adecuado tratamiento quirúrgico administrado a estos enfermos y otros factores conocidos que tienden a aminorar la mortalidad en estas series, hay otros factores desconocidos, el cómputo de los cuales yo he dado en llamar "factor suerte" para explicar la ausencia total de mortalidad. Entre estas series, las más notables son la de Jackson[47], de Madison, Wis., con 1201 casos con tan solo 34 de perforación (aquí el "factor suerte" aparentemente, no sólo jugó papel de importancia en la mortalidad sino también en cuanto al coeficiente de casos con perforación, menos del 3%); la de 400 casos en el Hospital Roosevelt[56], de la ciudad de Nueva York, usando sulfanilamida intraperitoneal en 133 de ellos; y en Puerto Rico, la de Casanova y Hicks[5], con 128 enfermos anémicos y desnutridos, en su mayoría, con 28.12% de perforación y 16.40 de apéndice gangrenado. También Hudson y Chamberlain[57], de Boston, informan que durante 1938 operaron 92 niños, 37.8% de

ellos con complicaciones peritoneales, sin una sola muerte; y Holman[58] enfatiza el peligro de derivar conclusiones de series pequeñas, pues de una serie personal de 1200 casos con 4.8% de mortalidad, llegó a operar una vez 90 casos consecutivos sin una sola defunción.

Como ya hemos anotado, el pronóstico de la apendicitis sin complicaciones es por demás halagador. La mortalidad en casos operados antes de perforar el órgano fluctúa entre 0.5% y 1% y puede compararse favorablemente con la de la herniotomía simple.

Una vez sobreviene la perforación, el pronóstico se agrava considerablemente. El coeficiente de defunciones en estos casos varía en distintas series y en ocho series americanas[47,48,51,59,60,61,62,63], escogidas sin selección por el autor con un total de 1734 casos perforados revelan un coeficiente promedio de 11.7% (Barnes[64], de Houston, Texas, en una encuesta que cubrió 1000 hospitales, y un total de 228,598 apendicectomías informa un coeficiente de 0.8% en casos sin perforación y de 18.3% en 13,965 casos con perforación).

De los perforados, los casos con peritonitis generalizada o difusa son los de pronóstico más grave, pues arrojan un coeficiente de mortalidad siempre alto (32.5% en la serie de Morse y Rader[52]; 17.22% en la de Reid y Montanus[49]; 60% en la de Hawk y Woodhouse[51]; 17% en la de Bruce[65]; 28.8% y 23.2% respectivamente en hospitales grandes de Londres[66]), siguiéndole en orden descendente de gravedad los de peritonitis en proceso de extensión (*spreading peritonitis*) y los de absceso apendicular o peritonitis localizada.

Entre otros factores que tienden a agravar el pronóstico debemos mencionar: 1—Los extremos en edades (en los niños por las causas anatómicas ya mencionadas, y en los viejos, entre otras causas, porque con la senilidad el peritoneo va perdiendo mucha de su resistencia a la infección). 2—La obesidad. 3—Enfermedades coexistentes, tales como diabetes, condiciones renales, cardíacas, respiratorias, etc. 4—La administración de purgantes. Las estadísticas demuestran que un gran número de enfermos que toman purgantes durante el ataque agudo, sufren de perforación, y que un considerable porcentaje de enfermos con perforación han tomado purgantes. 5—El tiempo transcurrido antes del tratamiento quirúrgico. A este respecto las estadísticas demuestran que el coeficiente de mortalidad aumenta con cada 24 horas que transcurren, hasta las primeras 72 horas, y de tres o más días en adelante el pronóstico se torna muy grave.

Del estudio detenido de un gran número de artículos estadísticos en Estados Unidos he derivado las siguientes conclusiones:

1—En Estados Unidos hasta el año 1930, la mortalidad por apendicitis en nada se había reducido; en contrario, el coeficiente de mortalidad por cada 100,000 habitantes fué mayor durante 1920 al 1930 que durante la primera década del siglo. Del 1930 en adelante se nota una reducción considerable en la mortalidad. Según los informes de la Metropolitan Life Insurance Co.[67] ha habido una reducción en la mortalidad de 14.4 por cada 100,00 de sus asegurados en 1929, a 8.9 en 1940, y el Bureau de Estadísticas Federal informa la reducción del coeficiente de mortalidad general por apendicitis año tras año (excepto 1934) desde 1930 hasta 1937 con una reducción de 28.7% en siete años[68]. Esta reducción se debe en parte a los grandes progresos alcanzados en diagnóstico, cirugía y anestesia, y mayormente al éxito de la campaña educacional de pronta asistencia médica y prohibición de purgantes en el dolor abdominal.

2—De 250,000 a 300,000 personas se operan de apendicitis aguda en Estados Unidos anualmente con un promedio de mortalidad de 6% a 7%. Este coeficiente de mortalidad es menor que el 10% mencionado por Murphy hace más de 20 años.

3—Aproximadamente uno de cada siete enfermos desarrolla peritonitis en proceso de extensión (*spreading peritonitis*), peritonitis generalizada u otra complicación seria. Uno de cada tres de estos enfermos muere.

4—En general las series estadísticas informadas dán siempre promedio de mortalidad, más bajo que el promedio general del 6 al 7% antes mencionado. Esto se debe indudablemente a la tendencia (muy humana por cierto) de siempre publicar series que arrojan buenos resultados, mientras que aquellas que arrojarían resultados malos quedan por lo regular inéditas.

RESULTADOS EN 249 CASOS DE APENDICITIS AGUDA

	Núm. casos	Muertes	Coeficiente de mortalidad en %
Sin perforación — — — — — — — —	192	1	0.52
Con perforación del apéndice — —	57	6	10.52
NUMERO TOTAL DE CASOS — —	249	7	2.81
De los perforados:			
Con peritonitis generalizada — — —	13	4	30.77
Casos de absceso apendicular — —	19	1	5.27
Casos de peritonitis localizada o *"spreading"* — — — — — —	25	1	4.00

Tratamiento

Tratamiento profiláctico

Poco puede hacerse para evitar la enfermedad en la mayoría de los casos, ya que, como dejamos apuntado, bajo factores etiológicos la obstrucción es el factor más común y más importante en el desarrollo de la apendicitis aguda, y el mecanismo que dá lugar a esta obstrucción (ya sea causada por edema o por fecalitos) no es del todo conocido. Empero, debemos apuntar que la evitación de parásitos intestinales, la administración de una dieta balanceada y con cantidad suficiente de celulosa, el ejercicio físico adecuado y la evitación del estreñimiento, indiscutiblemente son factores profilácticos de gran importancia y deben recomendarse enfáticamente.

Por otra parte, la apendicectomía en casos de apendicitis crónica, o en enfermos con historial de ataques agudos o subagudos previos, y la "apendicectomía profiláctica" en laparotomías por otras condiciones quirúrgicas indudablemente hacen bajar la incidencia de la enfermedad.

Tratamiento curativo

Para discutir a cabalidad el tratamiento curativo de la apendicitis aguda, debemos

tomar en cuenta, entre otros, dos factores de importancia, a saber: la presencia de complicaciones (perforación, peritonitis, etc.), y el tiempo transcurrido desde el comienzo del ataque agudo.

Todos los cirujanos están contestes en que la apendicitis aguda sin complicaciones (antes de la perforación) o inmediatamente después de la perforación, y antes de que se haya desarrollado una franca peritonitis, requiere la intervención operatoria y la extirpación del apéndice tan pronto se haya llegado al diagnóstico.

Una vez que perfora el órgano, y han transcurrido varias horas o días, y se ha desarrollado una peritonitis, del tipo *spreading* (en proceso de extensión) generalizada, o localizada, encontramos variaciones fundamentales en el tratamiento quirúrgico recomendado por diferentes autores. En general, podemos decir que actualmente existen dos grandes escuelas en este respecto. En primer término, la "escuela radical", que comprende indudablemente una fuerte mayoría* de los cirujanos que aconsejan la inmediata intervención operatoria, y a ser posible la extirpación del órgano, no importa la presencia de peritonitis y sin tener en cuenta la duración de la enfermedad. En general, esta escuela concede demora antioperatoria sólo para la preparación de los enfermos necesitados en cuanto al restablecimiento del balance de líquidos, sales minerales, etc. Walker[69] y otros cirujanos de la "escuela radical", sin embargo, son de opinión que en casos de peritonitis generalizada con extrema gravedad, vale la pena ensayar el método conservador, siempre que el cirujano tenga a la mano el equipo necesario para el tratamiento adecuado.

Del otro lado, está la "escuela conservadora", encabezada por eminentes cirujanos como John O. Bower, Le Grand Guerry, A. T. Lundgren, W. Barrow, A. Ochsner, y otros que recomiendan tratamiento conservador y operación diferida en todos aquellos casos en que haya una peritonitis generalizada o del tipo *spreading* (en proceso de extensión). Ya hemos anotado los comentarios de Bower[38] al efecto de que, en su opinión, "es casi homicida de parte del cirujano remover el apéndice y romper las defensas naturales del enfermo antes de la localización del proceso." Algunos cirujanos de esta escuela también dán gran atención al factor tiempo y arguyen que la intervención operatoria en casos en que la enfermedad haya durado hasta tres días es de un lado o sumamente peligrosa o del otro lado innecesaria por el momento ya que el proceso a esta fecha o se ha extendido hasta una peritonits, o se halla en franco proceso de curación (*subsiding*) y ellos recomiendan como regla general, tratamiento conservador y operación diferida entre el tercer y sexto día de la enfermedad. (Stanton en 1935 analizó 60,000 casos operados entre el tercer y sexto día con una mortalidad del 8% al 12%).

Aunque, como muy bien anotan Priestley y McCormack[60], es muy difícil comparar los riesgos de la operación inmediata con los del tratamiento conservador y operación diferida, puesto que por lo regular estos dos métodos se usan en diferentes tipos de casos; sin embargo, las estadísticas que presentan los campeones del método conservador, tienden a demostrar que los resultados obtenidos por este método, cuando menos, comparan favorablemente con los obtenidos por operación inmediata, especialmente si tomamos en cuenta el hecho, de que por regla general el "método conservador" se usa cuando el enfermo ya tiene una peritonitis generalizada que siempre ha de resultar en coefi-

* Debido a los excelentes resultados últimamente informados con el uso intraperitoneal de las drogas sulfa, indudablemente que el número de cirujanos de esta escuela habrá aumentado notablemente.

cientes de mortalidad altos, no importa el tratamiento que se emplee.

Bower[38] enfatiza que una vez el apéndice perfora, el tratamiento a instituirse no debe ser operación inmediata, sino un tratamiento conservador y científico basado en el desarrollo y conservación de la inmunidad local y general del enfermo, y añade que en *spreading peritonitis* (peritonitis en proceso de extensión) con operación inmediata y apendicectomía en una serie de enfermos (con 57 horas de enfermedad en promedio) en doce hospitales de Filadelfia, el coeficiente de mortalidad alcanzó a 37.4%. En contraste a esto, de 3855 casos de absceso localizado sólo 88 murieron y una fuerte mayoría de estas defunciones, en su opinión, se debieron a que el proceso localizado se convirtió en *spreading peritonitis* al removerse el órgano.

Barrow y Ochsner[70] informan mejores resultados con el método conservador, en peritonitis especialmente, en casos de más de tres días de duración. (En 62 enfermos operados inmediatamente tuvieron una mortalidad de cerca de 50% mientras que en 41 tratados por el método conservador sólo menos del 8%) y Sperling y Myrick[71] afirman que los resultados obtenidos en casos tratados por el método conservador son de tal naturaleza que ameritan la continuación de este método.

Guerry[72], campeón de la operación diferida por más de 30 años, presenta una serie personal de 94 casos de peritonitis apendicular tratados por operación inmediata exhibiendo un coeficiente de mortalidad de 10.64% y 139 casos similares tratados por operación diferida con solo 1.43% de mortalidad.

Lundgren[73] y sus asociados del Hospital Augustana*, de Chicago informan 1 muertes en 303 casos, en 195 de los cuales se usó el método conservador y opinan que si al tratamiento Ochsner y sus modernas modificaciones se le diese más consideración y evaluación entre los cirujanos, este método de tratamiento sería más universalmente adoptado. Comparan estos autores las cifras de 17 autores con un total de 15,404 casos tratados con operación inmediata con mortalidad de 4.23%, y la de otro número igual de autores (algunos de éstos son los mismos en ambas series) con 12,049 casos tratados con operación diferida con una mortalidad de 3.93%.

Veinte años de práctica institucional y observación detenida en casos propios, así como en casos de otros colegas, me han convencido firmemente que el tratamiento conservador y operación diferida dá mejores resultados que la operación inmediata en ciertos y determinados casos de apendicitis aguda, especialmente aquellos con peritonitis generalizada o con peritonitis en proceso de extensión (*spreading*) en enfermos muy tóxicos y graves. Empero, no creo acertado recomendar a la profesión médica en general este tratamiento, pues su adopción generalizada creo habría de resultar en aumento de mortalidad por apendicitis aguda y otras enfermedades quirúrgicas intraabdominales, ya que no es siempre fácil determinar cuáles son los casos en que la intervención inmediata estaría contraindicada, y no siempre tiene el facultativo a su disposición el equipo necesario para administrar al enfermo el tratamiento conservador más moderno y adecuado. Además, como muy bien apuntan Gray y MacKenzie[74], y otros[60], cuando no se ha establecido un diagnóstico de peritonitis apendicular con toda certeza, se hace menos daño con una incisión abdominal a un enfermo de peritonitis de origen apendicular, que por la omisión de una laparotomía exploratoria en presencia de obs-

* En este hospital se originó el método conservador de tratamiento por A. S. Ochsner.

trucción intestinal, una pequeña úlcera péptica perforada, u otra condición quirúrgica intraabdominal que requiera cirugía de emergencia.

Lo que sí creo debe *recomendarse enfáticamente* es que el cirujano que ha de operar aquellos casos de peritonitis de origen apendicular en enfermos tóxicos y graves, siempre *deberá hacer uso de la anestesia local o intrarraquídea,* deberá proceder con *la técnica* que menos manipule* el contenido intraabdominal y *sólo deberá extirpar el apéndice* en aquellos casos en que el órgano *esté a la mano y pueda removerse fácilmente sin romper mayor número de adherencias,* o cuando *haya una perforación grande en la base de otro sitio, del apéndice,* por la cual *el contenido fecal se esté aún derramando a la cavidad* peritoneal. En todos estos casos de peritonitis apendicular (se extirpe o no el apéndice) es aconsejable polvorear en los alrededores y en el sitio del apéndice y en la herida una dosis adecuada** de cristales esterilizados*** de una droga sulfa, preferiblemente sulfanilamida, sulfathiazole o sulfaguanidina. (No es recomendable usar tabletas trituradas para uso intraperitoneal, pues éstas contienen almidón u otros excipientes que pueden irritar el peritoneo y producir reacciones de cuerpo extraño).

Una vez terminada la operación, es imperativo administrar a estos enfermos el tratamiento post-operatorio adecuado, que no es otro que el llamado "tratamiento conservador" con sus más modernas modificaciones, y que en términos generales, exceptuando pequeñas variaciones individuales por distintos cirujanos, comprende: (a) Posición Fowler o semi-Fowler. La posición del paciente es de gran importancia, ya que si han de formarse abscesos secundarios, es más conveniente sean éstos pélvicos que subfrénicos, pues estos últimos son más difíciles de diagnóstico y tratamiento que los primeros. Además, la absorción de productos tóxicos es más rápida y mayor a través del peritoneo subfrénico que a través del pélvico. (b) Descanso funcional absoluto del canal gastro-intestinal. A este fin, no deberá darse nada por boca hasta que se noten ruidos peristálticos demostrativos de que el funcionamiento del canal gastro-intestinal se ha restablecido. (c) Combatir la distensión y el ileo paralítico. A este fin deberá administrarse oxígeno concentrado, y succión gástrica continua usando el método de Wangensteen y tubo de Levine, o mejor aún, succión intestinal continua usando el tubo de Miller-Abbott. (d) Mantener el balance electrolítico y de líquido por medio de infusiones intravenosas y subcutáneas de suero fisiológico y glucosado, o mejor aún, por venoclisis continua. (Al enfermo adulto promedio se le administrará 3000cc de líquidos al día, o mejor aún, cantidad suficiente para que elimine de 800 a 1500

---

* Parte importante de esta técnica es la incisión. En mi experiencia la incisión McBurney-McArthur es la mejor en la mayoría de los casos. Cuando así sea necesario, para mejor exposición del campo operatorio podrá extenderse hacia arriba cortando el oblicuo interno y transversalis y hacia abajo a través de la vaina del recto abdominal. En caoss de enfermos muy obesos, cuando no haya seguridad en el diagnóstico o cuando se sospeche que la operación ha de resultar muy difícil es preferible usar la incisión pararectal de Battle.

** De 6% al 8% en gramos de la droga por 100 lbs. del peso del enfermo con un máximo de 15 gramos . En casos de infección severa o cuando se establece el drenaje, se usará el 8%; en aquellos de infección más moderada o cuando no se establece drenaje, se usará el 6%. Dos terceras partes de la droga se usará intraperitoneal y una tercera entre las capas de la herida.

*** Es de suma importancia la esterilización adecuada de estas drogas, ya que los sulfonamidos son sólo bacteriostáticos y no bactericidas, y ya se ha informado un caso fatal de tétanos por el uso intraperitoneal de una de ellas. Si no se tiene a la mano una preparación eterilizada de la droga, una manera conveniente es poner cantidades de 2, 4, 6 y 8 gramos en tubos de ensayos esterilizados, taparlos con algodón o corcho, y esterilizarlos fraccionalmente dos o tres veces en el horno por una a dos horas a 140 grados C. Ultimamente la Administración Federal de Drogas y Alimentos ha pedido a todos los farmacéuticos manufactureros americanos el esterilizar y empaquetar estas drogas a prueba de contaminación. (Véase trabajo de H. Welch, G. G. Slocum, y R. P. Herwick en J.A.M.A., vol. 120, pág. 361, octubre 3, 1942).

cc de orina cada 24 horas). (e) Administración de drogas. La morfina a intervalos regulares y dosis adecuadas (1/4 gr. sulfato de morfina cada 4 a 6 horas para el adulto) es de gran valor por su efecto tónico al intestino y su acción sedante al enfermo. Estimulantes cardíacos y vasomotores se usarán cuando sea necesario. Barrow y Ochsner[70] recomiendan el extracto cortical de la glándula suprarenal como de gran valor para combatir la toxemia y ayudar al mantenimiento del balance electrolítico. (f) Combatir la infección y sostener al enfermo. Si es necesario, la dosis original de sulfonamido intraperitoneal deberá complementarse por infusiones subcutáneas de la misma droga al 1%, y cuando se haya normalizado el funcionamiento gastro-intestinal podrá administrarse la droga por vía oral. Pequeñas y repetidas transfusiones de sangre son de gran valor para combatir la anemia y la hipoprotenemia durante la convalescencia, pero no es aconsejable usarlas en las primeras 48 horas para evitar la hemoconcentración. Bower y otros[75] recomiendan el uso de plasma de enfermos convalescientes de peritonitis (*lyophilized convalescent plasma*) durante las primeras 24 horas; y Casanova y Hicks[5] usan rutinariamente el suero antigangrenoso polivalente con una dosis profiláctica de suero antitetánico en todos aquellos casos de apéndice perforado con materia fecal visible en la cavidad peritoneal.

En casos de absceso apendicular localizado, el cirujano deberá conformarse simplemente con incisión y drenaje* preferiblemente bajo anestesia local o intrarraquídea y sólo extirpará el apéndice cuando este esté a la mano y pueda removerse sin romper adherencias.

Tratamiento durante el embarazo y en presencia de complicaciones varias:

Embarazo: Casos de apendicitis aguda de extrema severidad deberán operarse durante cualquier período del embarazo, sin embargo, en casos no muy severos que ocurran durante el último trimestre es preferible ensayar el tratamiento por el "método conservador" y diferir la operación. En las embarazadas el pronóstico de la apendicitis aguda no complicada es tan favorable como en las no embarazadas y la apendicectomía rara vez produce el aborto.

Diabetes: La diabetes es complicación seria. Afortunadamente la incidencia de esta enfermedad es baja en Puerto Rico, así es que rara vez la encontramos complicando a la apendicitis aguda (en mi serie de 249 casos no encontré esta complicación). De acuerdo con Aaron Neiman[76], quien revistó la literatura sobre este problema hasta el 1940, en estos casos deberá removerse el apéndice en primer lugar, y después tratar la diabetes, no siendo por tanto necesario demorar la operación hasta que la orina esté completamente libre de glucosa. En casos con acidosis él recomienda la demora en la operación y administrar al paciente 40 a 60 unidades de insulina y examen de orina cada 3 a 4 ho-

* Una década atrás el autor acostumbraba establecer el drenaje en todos los casos de apendicitis aguda Actualmente sólo establece el drenaje en los casos con perforación, y hasta muchos sin perforación. de absceso localizado, en casos de peritonitis cuando no se extirpa el apéndice, o cuando hay una perforación grande del órgano con contaminación fecal del peritoneo evidente. Dos o tres lustros ha el precepto aceptado a este respecto era "en caso de duda, establézcase el drenaje", mientras que actualmente el precepto aceptado es "en caso de duda no se establezca el drenaje." Débese este cambio radical a la tendencia de los drenajes a producir obstrucción intestinal, ileus paralítico, necrosis y fístulas intestinales, hemorragia y hernia; y a estudios recientes que demuestran: (a) que es imposible establecer drenaje en toda la cavidad peritoneal. Uno o más "drenajes" sólo establecerán el drenaje en una pequeña parte de la cavidad peritoneal; (b) que después de varias horas los drenajes actúan como cuerpos extraños, pues son rápidamente aislados por adhereucias peritoneales que forman un completo saco alrededor de ellos. Los cuerpos extraños bajan la inmunidad natural del peritoneo; y, (c) que un drenaje intraabdominal que pasa a través de una herida infectada atrae hacia la cavidad abdominal gran parte de la supuración de la herida. (La abundante secreción purulenta de tal herida proviene mayormente de la hernia misma y no del peritonco.

ras hasta que desaparezca el ácido diacético; una vez conseguido ésto, se procederá a la intervención quirúrgica inmediatamente usando preferiblemente anestesia local. La determinación del "CO^2 *combining powder*" de la sangre es mucho mejor índice de la acidosis pero cuando no se posea facilidades de laboratorio en casos de suma emergencia, la desaparición del ácido diacético en la orina es un buen índice para proceder a la operación).

Otras complicaciones: En casos complicados con enfermedades cardíacas, asma, e infecciones pulmonares se procederá a la operación usando la anestesia local.

Sumario y Conclusiones

1. Se discute brevemente la historia, etiología, complicaciones, diagnóstico y pronóstico de la apendicitis aguda. Se mencionan tres casos de una serie de 249 en que los parásitos intestinales aparentemente jugaron papel etiológico de importancia —en uno de ellos se encontró al *oxyuris vernicularis* incrustado en la pared del apéndice y en otros dos había un *ascaris lumbricoides* llenando el lumen del órgano de cada enfermo.

2. Se compara su incidencia en Puerto Rico con la de los Estados Unidos y Canadá donde a juzgar por tablas de mortalidad la enfermedad parece ser tres veces más frecuente que en Puerto Rico. Sin embargo, en opinión del autor, la verdadera incidencia de la enfermedad en Puerto Rico se aproxima muy de cerca a la de los Estados Unidos y Canadá. Aparentemente el coeficiente de la mortalidad en apendicitis aguda es más bajo en Puerto Rico que en Estados Unidos y Canadá.

3. Se discute los resultados y estadísticas de la enfermedad en Estados Unidos.

4. Se discute ampliamente su tratamiento, dando énfasis a los resultados obtenidos y las estadísticas presentadas por patrocinadores de dos escuelas terapéuticas —la "escuela radical" y la "escuela conservadora".— Se detalla el método de tratamiento que a juicio del autor produce los mejores resultados.

5. Se presenta una serie de 249 casos agudos con el siguiente resultado: 192 casos sin perforar con mortalidad de 0.52% y 57 con perforación con 10.52%. De los perforados 13 casos eran de peritonitis generalizada con mortalidad de 30.77%, 19 de absceso apendicular con 5.27% y 25 de peritonitis en proceso de extensión *spreading* o localizada con 4%. En total, 249 casos de apendicitis aguda con mortalidad de 2.81%.

REFERENCIAS

1—*Rivera, Francisco,* Bol. As. Med. de P. R., 25 pág. 531, septiembre 1935.

2—*Brau, Kermit,* Bol. As. Med. de P. R., 30 pág. 138, abril 1938.

3—*Del Toro, Jorge,* Bol. As. Med. de P. R., 30 pág. 225, junio 1938.

4—*Noya Benítez, J.,* Bol. As. Med. de P. R., 32 pág. 202, junio 1940.

5—*Casanova Díaz, J. R.,* y *Hieks, W. R.,* Bol. As. Med. de P. R., 34 pág. 235, julio 1942.

6—*McArthur, Selim W.,* Surg., Gynec. & Obst., 65 pág. 715-716, noviembre 1937.

7—*Spencer, A. M.,* Brit. M. J., 1 pág. 227, enero 29, 1938.

8—*Hark, George W.,* and *Woodhouse, Keith, W.,* Surgery 5: pág. 837-850, junio 1939.

9—*Lewis, Dean,* and *Firor, W. M.,* en Christopher Textbook of Surgery 1936 Edition, pág. 1184.

10—*John, Roland W.,* Lancet 2 pág. 1097-1098, noviembre 7, 1936.

11—*Coleman, F. H.,* Lancet 1 pág. 1008, mayo 2, 1936.

12—*Connell, J. E. A.*, Surgery 7, pág. 47-60, enero 1940.
13—*Rogers, Ronald B.*, J.A.M.A., 111 pág. 1231, septiembre 24, 1938.
14—*Burgess, C. M.*, J.A.M.A., 111 pág. 699-700, agosto 20, 1938.
15—*Manson, Bahr, P.*, Textbook of Trop. Med. 10th Ed., 1936, pág. 667.
16—*Manson, Bahr, P.*, Textbook of Trop. Med. 10th Ed., 1936, pág. 585-589.
17—*Manson, Bahr, P.*, Textbook of Trop. Med. 10th Ed., 1936, pág. 874.
18—*Schwartz, J. M.*, y *Straub, M.*, Abstracto de art. en Arch. of Patho., 33 pág. 1, enero 1942; J.A.M.A., 118 pág. 1006, marzo 21-42.
19—*Schwartz, Jan.* y *Straub, M., Ned.* Tijdsch Voor Geneesk 84 pág. 1627, abril 27, 1940.
20—*Carrel, R. M.*, y *Carlisle, J. B., J.* Missouri, M. A., 37 pág. 386, septiembre 1940.
21—*Kaplan, J. H.*, Illinois, M. J. 78 pág. 441, noviembre 1940.
22—*Meyer, Victor*, J.A.M.A., 115, pág. 1009, septiembre 21, 1940.
23—*Meyer, Victor*, J.A.M.A., 117, pág. 386, agosto 2, 1941.
24—*Wickmann*, citado por Manson-Bahr, P. Textbook of Trop. Med. 10th Ed., 1936 pág. 875.
25—*Serra, A.*, P. R. J. of P. Health & Trop. Med., septiembre 1930 pág. 91.
26—*Manson, Bahr, Philip*, Textbook of Trop. Med. 10th Ed. 1936, pág. 744.
27—*Wangensteen, Owen H.*, Journal Lancet 59 pág. 491-506, noviembre 1939.
28—*Stalker, L. K.*, y *McCalley, J. J.*, Proc. of Staff of Mayo Clinic 15 pág. 581-585, septiembre 11, 1940.
29—*Adcock, D. F.* y *Bunch, G. H.*, Annals of Surg. 109 pág. 143, enero 1939.
30—*Negrie, M.*, Jour. de Radiol. et de electrol. 21 pág. 62, febrero 1937.
31—*Lennon, F. J.*, New York State J. of Med., 201 pág. 1557, octubre 15, 1936.
32—*Tomasini, Mario*, información personal al autor.
33—*Marshall, Samuel F.*, Surg. Clinics of N. A., junio 1940, pág. 727.
34—*Ladd, W. E.*, New England, Journ. Med. 219 pág. 329-333, septiembre 8, 1938.
35—*Gauthier, H. E.*, Rhode Island, M. J. vol. 19 pág. 173, noviembre 1936, y pág. 193, diciembre 1936.
36—*Beliveau, R. A.*, Maine Med. Jour. 27 pág. 207, octubre 1936.
37—*Schindler, J. A.*, Wisconsin Med. Jour. 36 pág. 347, mayo 1937.
38—*Bower, John O.*, J.A.M.A., 112 pág. 11-17, enero 7, 1939.
39—*Hawkes, Stuart Z.*, Surg. Gyn. & Obst. 66 pág. 62, enero 1938.
40—*Altschuler, Emil*, Laucet, 2 pág. 726, septiembre 1938.
41—*Emerson, William C.*, N. Y. State J. of Med. vol. 37 pág. 955, mayo 1937.
42—*Serra, Américo*, Bol. As. Med. de P. R., 32 pág. 357, octubre 1940.
43—*Smith, P. E.*, y *Zimring, J. G.*, Am. J. Surg. 45 pág. 351, agosto 1939.
44—*Breslin, F. J.*, Am. J. of Surg., 49 pág. 501, septiembre 1940.
45—*Altaimer, W. A.*, An. of Surg., vol. 187 pág. 517, abril 1938.
46—*Bower, John, Mengle, H. A., Paxson, N. F.*, J.A.M.A., 110 pág. 1708, mayo 14, 1938.
47—*Jackson, Arnold, S.*, Ill. Med. J. 76 pág. 356, octubre 1939.
48—*Kirtley Jr., J. A.*, y *Donail Jr., R. A.*, Surgery 2 pág. 215, agosto 1937.
49—*Reid, M. R.*, y *Montanus, W. P.*, J.A.M.A., 114 pág. 1307, abril 6, 1940.
50—*Gamble, H. A.*, South M. J., 22 pág. 834, agosto 1936.
51—*Hawk, G. W.* y *Woodhouse, K. W.*, Surgery 5 pág. 837, junio 1939.
52—*Morse, L. J.*, y *Rader, M. J.*, An. Surg. 11 pág. 213, febrero 1940.
53—*Rhodes, G. K., et al*, Calif. & West. Med. 45 pág. 458, diciembre 1936.
54—*Holder, H. G.*, y *Wells, J. T.*, Surg. Gyn. & Obst. 64 pág. 239, febrero 1937.
55—*Davis, J. E. et al*, J.A.M.A., 108 pág. 1498, mayo 1, 1937.
56—*Thompson, J. E.*, y *Mueller, R. S.*, J.A.M.A., vol. 118 pág. 181, enero 17, 1942, y Editorial del J.A.M.A., 119 pág. 796, julio 4, 1942.
57—*Hudson, H. W. Jr.*, y *Chamberlain, J. W.*, J. of Pediat., 15 pág. 408, septiembre 1939.
58—*Holman, C. C.*, Lancet 2 pág. 126, julio 16, 1938.
59—*Poole, R. M.*, Am. J. of Surg. 32 pág. 469 junio 1936.
60—*Priestley, J. T.*, y *McCormack, C. J.*, Surg. Gyn. & Obst. 63 pág. 678, noviembre 1936.
61—*Norman, J. F.*, Minn. Med. 20 pág. 787, diciembre 1937.
62—*Stafford, E. S.*, y *Sprong Jr., D. H.*, J.A.M.A.

115 pág. 1242, octubre 12, 1940.

63—*Munger, R. T.*, y *Grisgwold Jr., M. L.*, J. M. Soc. New Jersey, 35 pág. 355, junio 1938.

64—*Barnes, J. P.*, Texas State J. Med. 34 pág. 360, septiembre 1938.

65—*Bruce, G. G.*, Lancet, 1 pág. 1247, junio 3, 1939.

66—*Young M. y Russell W. T.*, Medical Research Council Special Report Series No. 233, London 1939.

67—J.A.M.A., 117 pág. 380, agosto 2, 1941.

68—*Barrow, W.*, Surg. Gyn. and Obst., 72 pág. 249, febrero 1941.

69—*Walker, I. J.*, New England J. of Med., 219 pág. 323, septiembre 8, 1938.

70—*Barrow, W.*, y *Ochsner, A.*, J.A.M.A., 115 pág. 1246, Octubre 12, 1940.

71—*Sperling, L., y Mqrick, J. C.*, Surgery, 1 pág. 255, febrero 1937.

72—*Guerry, Le Grand*, J.A.M.A., 107 pág. 1910, diciembre 1936.

73—*Lundgren, A. T., et al*, Surgery, vol. 5 pág. 813, junio 1939.

74—*Gray, H. K., y Mac Kenzie, W. C.*, Surg., North Am. 17 pág. 971, agosto 1937.

75—*Bower, J. O., Terzian, L. A., et al*, J.A.M.A., 118 pág. 1284, abril 11, 1942.

76—*Neiman, A.*, American J. Surg., 49 pág. 443, septiembre 1940.

THE Rh FACTOR IN THE ETIOLOGY OF ERYTHROBLASTOSIS FETALIS*

Report of a Case

M. FERNANDEZ FUSTER, M. D.**

Certain hemolytic transfusion reactions had remained unexplained until 1940 when Landsteiner and Wiener described a new agglutination in human red blood cells which was given the name Rh factor. It was given this name because it was first demonstrated by using immune serums produced against the washed cells of the monkey Macacus Rhesus. They found that this factor is present in about 86% of the white population and absent in about 14 per cent. Those having the agglutination are referred to as Rh positive and those not having it as Rh negative.

That same year, Wiener and Peters showed that the Rh factor was involved in 3 cases with hemolytic transfusion reactions in which the recipients and donors were of the same blood groups.

Following this discovery, Levine and various co-workers after observing the frequency of transfusion accidents in pregnant and puerperal women, especially when the fetuses showed evidences of erythroblastosis fetalis, came to the conclusion that the Rh factor is involved in the development of this fetal condition. In these cases the mother is Rh negative and the fetus is Rh positive. The fetus inherits the Rh factor from the father as a dominant mendelian characteristic. It seems that in some of these cases the Rh positive cells of the fetus pass into the maternal circulation and the mother, lacking this factor, develops an anti-Rh agglutinin which in turn destroys the fetal cells, giving rise to the clinical and pathological picture of erythroblastosis fetalis. Javert found intraplacental hematomas in 8 of his cases and he suggests that this lesion may be an avenue for the transmission of the Rh agglutinogen into the maternal circulation, in this way causing immunization of the mother. The mother, who is thus immunized against the Rh factor, can have a hemolytic reaction if she is given a blood transfusion from a donor who is Rh positive.

Levine and his associates found that about 90 per cent of the mothers having erythroblastic babies were Rh negative and the fathers Rh positive. In a study of 14 of Javert's 55 cases he found that 3 mothers were Rh positive. It is obvious then, that in some cases another factor, other than the Rh factor, is responsible for the disease.

The Rh factor is inherited as a dominant mendelian characteristic. It is estimated that 37 per cent of the population belongs in the Rh positive group with a dominant homozygous genotype; 47 per cent in the Rh positive group with a heterozygous genotype and 16 per cent in the Rh negative group with a recessive homozygous genotype. In the colored race the incidence of Rh negative individuals is about half that of the white race. Recently, Levine and Wong demonstrated that the incidence in Chinese seems to be less than 1 per cent and the same is apparently true for the American Indian.

In Javert's experience those women who have an erythroblastic baby in their first

* Paper read at the annual meeting of the Humacao District Medical Society, August 1, 1943.

** From the Department of Obstetrics, Fajardo District Hospital, Fajardo, P. R.

pregnancy are prone to have their other pregnancies complicated by erythroblastosis while in multiparas the recurrence is about 50 per cent. The fact that some women may have normal babies in some pregnancies and babies with erythroblastosis in other pregnancies in which the Rh factor is involved can be explained as follows:

1. In matings of Rh negative women and heterozygous Rh positive men some of the children will be Rh negative and therefore, not liable to the disease.

2. In some cases the fetal cells may not gain access to the maternal circulation or the first pregnancies may not afford enough opportunity for the mother to become isoimmunized against the Rh factor.

Erythroblastosis fetalis is essentially a hemolytic anemia in utero. This gives rise to the deposition of hemosiderin in practically all of the systems and a marked increase in the hematopoietic activity. This is shown by the numerous hematopoietic foci in various organs, especially the liver and spleen, and by the large number of erythroblasts in the peripheral blood. Three clinical forms of the disease have been recognized, namely: hydrops fetalis, severe icterus neonatorum and congenital anemia. Henderson, however, calls attention to a fourth type in which intra-uterine death occurs and the fetuses are macerated and with diffuse hepatic cirrhosis and splenomegaly. Still another type is described by Javert the chief characteristic being a hemorrhagic diathesis.

Case Report

Mrs. F. R. (Unit No. 4908) a 30-year old, white, gravida 9, para 6 was admitted to the Fajardo District hospital on January 12, 1943 with vaginal bleeding, pregnancy about 8 months. The bleeding had started less than 2 hours previously while she was undergoing an abdominal examination at the public health unit in the town of Ceiba. Examination shortly after admission revealed that her general condition was satisfactory; the fetus was alive in ROA and some vaginal bleeding persisted. At vaginal examination a marginal placenta previa was found. The membranes were ruptured artificially and an intra-ovular application of a Voorhees bag No. 5 was done. Labor pains started shortly after and she expelled the bag in about 2 hours. The cervix was almost fully dilated and the head in midpelvis. To shorten the labor it was decided to deliver with forceps. After extraction of the head the body was delivered with great difficulty because of severe anasarca and ascites of the fetus. It was stillborn. The placenta was removed manually, immediately after extraction of the fetus. It was very large and edematous.

In the meantime, her blood had been cross-matched with her husband's. He was the only available donor. Although both were of type IV (0) the cross-matching was reported as showing agglutination of the donor's cells by the patient's serum. Since the baby was obviously a case of erythroblastosis of the hydropic variety, the mother must have been isoimmunized, a fact which was confirmed by the cross-matching. In view of this no blood transfusions were given. Fortunately her loss of blood had not been excessive and transfusions were not absolutely necessary.

An autopsy of the baby was done by the pathologist, Dr. F. Mejías. He found the typical lesions of erythroblastosis and his sections of the liver and spleen show very well the numerous hematopoietic foci so characteristic of this disease.

Five weeks after delivery, blood studies

done by the staff of Dr. E. Montilla of the blood bank in the School of Tropical Medicine, San Juan, P. R., showed that the mother is Rh negative and her husband is Rh positive.

Her obstetrical history is as follows:

She had her first pregnancy about 11 years ago and it terminated in the birth of a premature stillborn fetus. Of the next six pregnancies four were normal, the children being living and well and in the other two she had spontaneous abortions early in pregnancy. In her eighth pregnancy she came to the Fajardo District Hospital for prenatal care and delivery in 1941. The pregnancy was uneventful and the labor was normal but the baby died a few hours after birth. The baby weighed a little over 5 lbs. and although there is no note of the presence of erythroblastosis it is possible that it may have had the disease, possibly the congenital anemia variety.

Comment

This case presents several interesting features. It is a case of erythroblastosis fetalis in which the Rh factor seems to be definitely involved. The disease probably made its appearance for the first time in this woman's eighth pregnancy and certainly in her ninth pregnancy. This establishes further that the etiology of erythroblastosis fetalis is an isoimmunization of the mother by a fetal element, namely, an increasing content of agglutinins in the mother's serum with each succeeding pregnancy until finally the titer is high enough to affect the fetus.

Another interesting feature was the agglutination, at room temperature, of the donor's cells by the patient's serum although they both belong in blood group IV (0). This probably indicates a high titer of anti-Rh agglutinins since it was shown by Levine that these agglutinins are better demonstrated by incubating the serum-cell mixture at 37°C for ½-1 hour because the usual cross-matching at room temperature often fails to reveal their presence. This leads to a very practical point, namely, that had this woman received a transfusion from a Rh positive donor, even if he were of the homologous blood group, she would have had a serious, or even fatal, hemolytic transfusion reaction.

Summary

A brief summary is presented of the work done in the last few years which has lead to the discovery of the etiology of erythroblastosis fetalis in at least 90 per cent of the cases. This work has been done mainly by Landsteiner, Wiener, Levine and their associates.

A case of erythroblastosis fetalis involving the Rh factor and presenting several interesting features is reported.

REFERENCES

1—*Landsteiner, K* and *Wiener, A. S.*: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 43:223, 1940.

2—*Idem*: J. Exper. Med. 74:309, 1941.

3—*Wiener, A. S.* and *Peters, H. R.*: Ann. Int. Med. 13:2306, 1940.

4—*Levine, P., Katzin, E. M.*, and *Burnham, L.*: J.A.M.A. 116:825, 1941.

5—*Levine, P., Burnham, L, Katzin, E. M.* and *Vogel, P.*: Am. J. Obst. & Gynec. 42:925, 1941.

6—*Javert, C. T.*: Am. J. Obst. & Gynec. 43:921, 1942

7—*Diamond, L. K.*: N. England J. Med. 227:857, 1942

8—*Levine, P.* and *Wong, H.*: Am. J. Obst. & Gynec. 45:832, 1943.

9—*Henderson, J. L.*: Arch. Dis. Childhood 17:49, 1942.

ENFERMEDAD FIBROCISTICA DEL PANCREAS*

J. ROBERTO AGUAYO, M. D.

Arecibo, P. R.

En los últimos años ha despertado gran interés entre los pediatras norteamericanos una entidad clínica a la que se le ha dado el nombre de *Cystic fibrosis of the pancreas* o *Fibrocystic disease of the pancreas.*

Indudablemente esta condición ha existido desde la antiguedad, pero aunque varios casos sospechosos han sido descritos en la literatura universal, no fué hasta el año 1913, fecha en que Garrod y Hurtley[1] descubrieron un caso de esteatorrea, que fué sin lugar a dudas un ejemplo de enfermedad fibrocística del pánereas.

Otro caso de esteatorrea congénita fué descrito en 1924 por Clarke y Hadfield[2].

Sin embargo, los estudios clínicos y de anatomía patológica más completos han sido hechos hasta la fecha por la Dra. Dorothy Andersen[3] de Nueva York.

Creemos que este mal es de sumo interés para los médicos de Puerto Rico pues su sintomatología se ha confundido en el pasado con el mal ciliaco, enfermedad que es bastante corriente en nuestra isla.

Ya que de acuerdo con Andersen la enfermedad se ha encontrado en el 3% de las autopsias del "Babies Hospital de Nueva York", y que se trata de un mal congénito, creemos que debe ser tan comun en nuestro país como en el continente.

En el "Children's Memorial Hospital de Chicago", la enfermedad se ha encontrado con bastante frecuencia en los últimos años. Ocho de estos casos fueron descritos en la literatura por Daniel[4]. El que se describe a continuación fué estudiado en la mencionada Institución.

El paciente era un niño de diez semanas de edad, que fué admitido al hospital el día 16 de diciembre de 1941, con un historial de dolor abdominal por tres días, fiebre por dos días y tos por un día. El niño había estado aparentemente bien hasta 3 o 4 días antes de su hospitalización, cuando empezó a gritar y a flexionar las piernas sobre el vientre. Al día siguiente tuvo fiebre seguida por tos. El historial revela que el niño había ganado poco peso en relación con su compañero gemelo y que había tenido desde su nacimiento una tos seca, que se presentaba frecuentemente después de llorar.

El examen físico de admisión reveló matidez y broncofonía en la región posterior derecha del tórax. El vientre estaba distendido moderadamente. Temperatura: 102.4, Hemoglobina: 70%, Hematies: 3,510,000, Leucocitos: 20,000, 72% polinucleares, 26% linfocitos y 2% monocitos.

Durante las primeras 72 horas de estadía en el hospital la fiebre había oscilado entre 100 y 103.4 y los tres días subsiguientes se había mantenido normal. En el período subsiguiente aumentó la broncofonía y las respiraciones se hicieron muy laboriosas, presentándose más tarde cianosis marcada.

El paciente fué perdiendo terreno gradualmente y a pesar de quemoterapia, transfusiones, oxígeno, etc., la fiebre y los signos físicos siguieron agravándose, muriendo el niño a los 14 días de su estadía en el hospital.

El examen post-mortem reveló abscesos

* Leído en la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, celebrada en Caguas el día 25 de abril de 1943.

múltiples del lóbulo medio del pulmón derecho, de donde se obtuvieron siembras de estafilococos aureus y estreptococus hemolíticos.

En el estudio microscópico del tejido pancreático se encontró obstrucción y distensión de los conductos acompañada de una marcada distensión de los acinos.

En los islotes de Langerhan no se encontró cambio patológico alguno.

El siguiente fué el diagnóstico post-mortem:

1—Abscesos pulmonares múltiples.
2—Enfermedad fibro-cística del páncreas.
3—Septicemia estafilocócica.

¿Cuál es la causa de esta enfermedad? De acuerdo con Andersen se trata de un defecto congénito del páncreas. Debido a que en todos estos casos hay obstrucción de los conductos pancreáticos, ya sean los conductos de Wirsing y Santorini o los canales más pequeños, se crea como resultado una obstrucción al flujo de los fermentos pancreáticos, seguido más tarde por dilatación de los canalillos y acinos. Alrededor y dentro de los lóbulos hay una proliferación del tejido conjuntivo que es más tarde reemplazado por tejido adiposo. No hay cambios en los islotes de Langerhan.

Existen otras anomalías congénitas tales como atresia de los intestinos, uréteres, conductos císticos y hepáticos. Hay invariablemente cambios en los pulmones especialmente bronconeumonía, bronquitis purulenta, o abscesos bronquiogéneos, causados por el estafilococo aureus.

Andersen cree que hay evidencia de que la lesión en el páncreas se encuentra en el recién nacido. La enfermedad es familiar pero no limitada a ninguna raza, país o clima.

El cuadro clínico es probablemente el resultado de absorción pobre de calorías, grasas y vitaminas, especialmente la vitamina A.

En la gran mayoría de los casos el niño aparece completamente normal al nacer. Varias semanas o meses después empieza a perder peso, a pesar de recibir alimentación adecuada, acompañado este estado por deposiciones voluminosas y fétidas. Simultánea o inmediatamente se inicia una tos continua, muy parecida a la tos ferina. En muchos se desarrolla bronquitis o bronconeumonias. Frecuentemente el problema respiratorio ocupa por completo la atención del médico, haciendo éste equivocados diagnósticos de pertusis, pneumonia liporidea, o bronquiectasia. En un reducido número de casos hay Xerolftalmia, opinando por esto Andersen que en todos los casos de Xerolftalmia reportados en Estados Unidos ha existido deficiencia pancreática.

Cuando el niño sobrevive los primeros seis meses los síntomas son parecidos a los expuestos arriba, pero las manifestaciones respiratorias hacen su aparición bastante tarde en el curso de la enfermedad.

Es por esta razón que se han confundido estos casos con la enfermedad ciliaca.

Diagnóstico de laboratorio:

Los métodos de diagnóstico de laboratorio que pueden arrojar luz en esta condición son pocos. Sin embargo los procedimientos más usados en las distintas clínicas de los Estados Undos son los siguientes:

1—Determinación de la absorción de vitamina A. En estos casos la absorción de esta vitamina es muy baja.
2—Determinación de la grasa en las heces fecales. En muchos pacientes sue-

le elevarse hasta el 80% del peso total.

3—Colesterol sanguíneo es bajo.

4—Examen de jugo pancreático por medio de succión duodenal.

Pronóstico:

El pronóstico es extremadamente pobre. La mayoría de estos pacientes mueren en la infancia.

Tratamiento:

El tratamiento de esta enfermedad consiste en el uso de una dieta alta en calorías y proteinas y pobre en grasa y almidones (pero no en azúcar). Recomiéndase la administración de grandes dosis de Vitamina A por vía hipodérmica, al igual que preparaciones de extracto pancreático tales como pancreatina, etc., por vía oral. Se deben evitar por todos los medios las infecciones broncopulmonares.

Resumen y Conclusiones

Hemos tratado de presentar brevemente los puntos más característicos de la enfermedad fibrocística del páncreas haciendo al mismo tiempo un análisis de su patología funcional al igual que sus manifestaciones clínicas, pronóstico y tratamiento.

Traemos a vuestra consideración un caso típico observado por nosotros en una clínica pediátrica norteamericana.

REFERENCIAS

1—*Garrod, A. F.*, and *Hurtley, W. H.*: Congenital Family Steatorrhea, Quart. J. Med. 6:242, 1913.

2—*Clarke, C.* and *Hadfield, G.*: Congenital Pancreatic Diseases with Infantilism.

3—*Andersen, D. H.*: Cystic Fibrosis of the Pancreas, in Brennemann, Practice of Pediatrics vol. 1, chap. 29:11.

4—*Daniel, W. H.*: Fibrocystic Disease of the Panereas. Am. Jour. of Dis. of Child., July 1942, vol. 64, pp. 33-42.

INFECTIONS WASTING MANPOWER CAN BE PREVENTED BY THE ISOLATION, TREATMENT AND CONTROL OF THE HABITUAL PROSTITUTE AND THE READJUSTMENT OF THE NEW ONES IN THE CAREER

ERNESTO QUINTERO, M. D.

Santurce, P. R.

The activities of the Venereal Disease Rapid Treatment Centers (V. D. Hospitals) as recommended by us in the V. D. Annual report - June 30, 1941, and opened to the public service in cooperation with the Federal Work Agency and the United States Public Health Service during June 1942 are bringing substantial results.

Since 1925 we have reiterated (Puerto Rico Health Review - July and September numbers, pages 45 and 27) that the control of venereal diseases is a health problem and not a question of morals and that prostitution constitutes the main reservoir of infections of venereal diseases.

While the health authorities should not be required to enforce laws against prostitution, as officials and citizens they can be of great cooperative assistance to the police and judicial authorities.

The consensus of opinion has been that while the function of the legal and of the health divisions of government administration in relation to the problem of prostitution and venereal disease must be carefully distinguished, mutual understanding and close cooperation should prevail among all the law and health agencies concerned. The relations generally accepted in principle by health and police authorities are as follows:

"Functions of the Police Department, Courts, Probation Service, and Custodial Institutions."	*"Functions of the Health Department, Medical Officers, Social Service Bureaus, Quarantine and Other Health and Medical Agencies."*
1. "The police Department should receive information regarding complaints of commercialized prostitution on designated premises, or of solicitation on the streets, and related activities."	1. "The Health Department should receive information regarding persons known or believed by physicians or other responsible authorities, to be infected with syphilis or gonorrhea."
2. "In accordance with law the Police Department should investigate to determine whether arrest is necessary, or whether cooperation with other official and voluntary agencies may be effective under the conditions found."	2. "In accordance with health laws and regulations, the Health Department should make inquiry to confirm the report and determine whether the infected persons are dangerous to other individuals or the community."
3. "Offenders arrested should be taken before the court, charged with violating specific laws and ordinances against prostitution and be given a fair and prompt trial."	3. "The degree and character of supervision required to protect the public health, will be based on the facts in each case."

4. "After conviction they should be: (a) Placed on probation. (b) Sent to a correctional institution. (c) Or otherwise dealt with in the best interests of themselves and the community."	4. "According to this decision the persons found to be infected will be: (a) Aided to secure treatment and supervision when necessary from the medical social service. (b) Sent to a quarantine hospital. (c) Or otherwise dealt with in the best interests of themselves and the community."
5. "After completion of sentence they should be released from custodial control of the police, courts, and other law enforcement agencies concerned."	5. "After recovery, or progress to a condition in which they are no longer a danger to the community, they should be released from custodial control by the Health Officer. Treatment, however, should be secured for each patient for his own benefit and the welfare of the community until discharged by the physician."
6. "Throughout these procedures, from the hour of arrest, the individual should be provided by the law enforcing agencies with proper supervision, health and medical care, and protection against undesirable contacts with other persons awaiting trial or already convicted. Prior to release at any time subsequent to arrest, all persons charged with practicing prostitution or known to be infected with syphilis or gonorrhea should be reported to the Health Officer for such quarantine or health supervision by the Health Department as may be deemed necessary in the best interests of the individual and the public after release."	6. "Immediately after inquiry into a report of a probable case of syphilis or gonorrhea, the Health Department should inform the proper police or court officials of all pertinent information relating to violation of laws against prostitution and conditions and activities favoring the practice of prostitution. Throughout the Health Department's activities, every effort should be made to cooperate closely with the law enforcement authorities in their protection of the community and individual men and women from exploitation by promoters of prostitution and all those who secure profits therefrom."

(Journal of Social Hygiene, October 1942).

The carrier of syphilis, gonorrhea and other venereal diseases is a man or a woman and they must be treated, controlled or redirected into activities which are not a threat to public health if preventive medicine is to be accomplished.

At present it is world-wide accepted that venereal diseases constitute the greatest medical liabilities to the armed forces, and that the greatest reservoir of these diseases is the prostitute.

The social economic status of the island, influenced by the present disturbing war factors, leads us to accept the probably perplexing figures estimated by Dr. O. C. Wenger, who places the number of prostitutes in the island as equal to 20,000.

Prostitution, as distinguished from mere sex indulgency, is largely the outcome of women's economic and social oppresion. In Puerto Rico, the immediate situation of the Venereal Disease problem is itensified by the following:

1. Migration of male members of local populations, attracted by the higher wages of public works activities to the construction centers;

2. Subsequent exposure and infection of an undetermined percentage of these workers;

3. Dissemination of this infection in the home community on their return;

4. Migration of young girls from rural areas, who follow the male members of their families, or others, to larger centers; seeking a betterment of their impoverished home environment;

5. Eventual promiscuity of a number of these, lured by more experienced girl's stories of easy money, or pressed by actual want or desire for adornments of dress and social life;

6. Infection of a number of these early in their careers, due to the present prevalence of infection, the lack of personal sex hygiene and absence of sanitary facilities;

7. The influx of thousands of personable young men from the states, with more money in their pockets than the average impoverished Puerto Rican has ever seen assembled before, who tremendously increase the number of sex exposure, with a corresponding increase in the possibilities of infections, not only among themselves but the local people;

8. In addition, the present control program has been in operation only since 1938. The problem, therefore, existed unchecked, without medical interference, for years. The program, as will be explained later, labors under many difficulties and the full extent of the problem has not been reached. (Dr. O. C. Wenger's report on Venereal Disease Conditions in Puerto Rico - 1942.)

The girls migrating to the urban centers, as well as the ones living there, have had few opportunities for decent jobs. Their home lives and recreational life of their community have not been such that they could establish confidence in normal human situations. Thus, the necessity of a program to make use of good vocational guidance for girls, sound vocational education fitted to their needs and recreational facilities.

To curb the conditions represented by the prostitutes as ambulatory patients, a plan for the control of the habitual prostitute and the prevention of their increase by readjusting in time those who are starting their career, was recommended and issued in the Puerto Rico Health Bulletin (Feb. 1942 pp. 30-32).

The Rapid Treatment Centers (V. D. Hospitals) where to isolate infectious and non-cooperative promiscuous patients fitted in the completeness of this plan.

The big round-up of promiscuous and easy virtue girls was started, and by December 1942, four thousand, one hundred forty-six such patients were registered in the Puerto Rico Health Department Venereal Disease Clinics. The most dangerous of those (in a communicable stage, delinquent and recalcitrant, and reported and confirmed as sources to civilians and military men) are the candidates for isolation at the rapid treatment centers.

Knowing about the reservoir of promiscuous patients at the disposal of the Health Department, the army physicians report the contacts from promiscuous civilians to the Health Officers. The girls are rounded up for a check and on evidence of being contagious, they are taken to the hospitals immediately.

Frequent raids are made by the police in cabarets, streets, road-houses, etc. and the girls are checked in the night venereal disease clinics and mobile diagnostic units or kept by the legal agencies until morning for proper examination and isolation, if justifiable.

The Caguas Venereal Disease Hospital, inaugurated in June, 1942, with a capacity of 150 patients and 28 employees, has admitted over 503 patients, up to May of this year. The cost per patient in Caguas

is less than $1.90 per day, including room and board, drugs, personnel in charge (physicians, nurses, and other administrative and operating personnel) as well as unforeseen expenses. This Venereal Disease Hospital in Puerto Rico seems to be operating prior to similar ones in Continental United States and the cost per patient demonstrates that this phase of control of venereal diseases is less expensive here than in the continent, although the cost of living on the island, is, on the whole, at least parallel to the cost in the United States of America.

There is another such hospital at Aguadilla which had capacity for 56 patients up to March 1943, but its capacity was increased for 300 patients since last March, when its operating set-up was reorganized accordingly.

The intensive routine treatment alone, of 3 Marphasan injections and one Bismuth a week during eight to ten weeks of hospitalization for the Syphilis cases and ten days with 3 grams of Sulphatiazole daily for the G. C. cases during their three weeks stay, is not the primary purpose for these institutions. Such institutions will provide, as recommended by us before their start, for placement of these girls in better environment, the teaching of jobs at which a decent living can be obtained and rehabilitation to whatever extent may be possible, because treatment alone will send them back eventually to prostitution.

Three days after admittance to these institutions the patients are initiated within the medico-social activities organized in the hospitals since their opening.

As an educational phase of the medico-social activities developed, the following medical aspects are taught, demonstrated and clarified:

I—Objectives, importance, methods and expected results of treatment in infectious and latent cases of syphilis, gonorrheal infections and in all other venereal diseases cases.

II—Prophylaxis:

1. The proper education relative to moral prophylaxis and/or the restrictions to a monogamous sexual relation.
2. Chemical prophylaxis or the partial or total prevention of contacts between infectious surfaces.
   (a) First aid local chemical desinfection and the thorough examination of their future sexual contacts, in order to refuse the infective candidates.
   (b) The importance of intensive arsenical treatment to sterilize open lesions.
   (c) The adequate treatment of Neisserian lesions until cured.

III—Epidemiology:

1. The importance of case holding; case finding in order to develop in them a sense of responsibility in the preservation of the health of their fellow beings.

A genuine attempt to social rehabilitation is made after a medical social history is taken of the suitable cases considering the following:

(a) The young girl who had an illegitimate child usually being under 18 years of age. She, having already lost chaste and needing money and having unsuitable familiar and social surrounding, turns to prostitution. She does not have sympathetic advice and support of family and friends and is unable to think through an-

other solution for herself; prostitution being her only way-out. Careful and effective interviewing can always win the girl's cooperation and, if adequate community facilities are offered, her problems will usually be solved.

(b) Another group engage in prostitution simply as a way to earn a living or else, as a flight from familiar misunderstanding.

(c) The older group in age and in the profession, with habitual usage of narcotic drugs or being direct or indirect members of an organized racket, will usually fail in any attempt towards their rehabilitation.

A daily program of activities, including dinner and sleeping hours, religious services and working assignments hours, is strictly observed in the institution.

(a) One half of the inmates attend religious services during Thursdays and Sundays.

(b) One third of them are continuously engaged as volunteers in institutional activities, such as in the laundry, kitchen, as nurses helpers, as orderlies and as pupils in the sewing and embroidery classes.

The Venereal Disease program general activities have been working under many difficulties and for obvious reasons; the work on linkeage with other governmental agencies towards the social rehabilitation of these inmates have not been developed as recommended by us in the original plans.

A thorough and intensified case work should be carried out among the families of these inmates in order to replace back home those who afford suitable situations for their effective rehabilitation.

We, quoting Stokes, believe that the spread of venereal diseases wil be controlled by:

(a) Clean living.
(b) Clean sports and recreation.
(c) Control of liquor.
(d) Suppression of commercialized vice.
(e) Preventive treatment (prophylaxis).
(f) Prompt medical examination; prompt treatment.
(g) Constructive probation and rehabilitation of women and girls involved in prostitution, with the cooperation of courts, welfare agencies, etc.
(h) A campaign of public education.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Agosto, 1943 Núm. 8

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asociaciones de Distrito

Humacao:

El día primero del cursante mes, a las 10:00 de la mañana, llevóse a efecto en la Casa-Alcaldía de la ciudad de Humacao, bajo la presidencia del querido amigo, Dr. Víctor Rincón, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao.

Ante una nutrida concurrencia, integrada por compañeros del distrito, así como miembros de los demás distritos de la isla, especialmente de San Juan, y después de breves palabras de bienvenida pronunciadas por el presidente y por el Honorable Alcalde, Sr. Joaquín Márquez, dió comienzo el siguiente programa científico:

"The Rh Factor of Erythroblastosis fetalis with Presentation of one Case", por el Dr. M. Fernández Fuster.
"Appendicitis of the Left upper Quadrant with presentation of a case," por el Dr. Mario Tomasini.
Conceptos modernos sobre la etiología de la Epilepsia, por el Dr. José R. Maymí.

Terminado el programa científico, todos los concurrentes trasladáronse al Club Rotario de Humacao, donde fué servido un espléndido almuerzo.

Ponce:

La asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Ponce tendrá lugar a fines del próximo mes de septiembre en dicha ciudad.

Tanto el presidente del distrito, Dr. Goyco, como los demás miembros de la directiva trabajan activamente en la organización del programa, el cual promete resultar sumamente interesante.

Arecibo:

El martes 17 del mes en curso llevóse a efecto en la ciudad de Arecibo una reunión de los compañeros del distrito, para elegir a los que habrán de dirigir la Asociación en dicho sector durante el próxmo año, habiendo resultado electos los siguientes colegas:

Presidente — Dr. Roberto Francisco
Vice-Pres. — Dr. Miguel A. Zapata
Secretario — Dr. Miguel Sala
Tesorero — Dr. Arturo Cadilla
Delegados — Dr. José F. Correa
Dr. Julio A. Santos

El Dr. Francisco, quien en todo momento ha demostrado gran interés en los asuntos relacionados con nuestra profesión, ha iniciado ya los preparativos para llevar a cabo la asamblea anual de aquel distrito, la cual ha sido tentativamente fijada para tener lugar el domingo 17 de octubre próximo.

Mucho éxito en el desempeño de sus funciones deseamos a los nuevos directores de la Sociedad Médica del Distrito de Arecibo.

Reunión Científica Mensual:

El día 6 del mes en curso, por la noche, se llevó a efecto en el salón de actos de la Escuela de Medicina Tropical, la reunión científica que mensualmente auspicia nuestra Asociación.

Tuvo a su cargo la conferencia de esta ocasión el estimado amigo, Dr. Juan A. Pons, quien de manera magistral, disertó por espacio de hora y media sobre el siguiente tema:

"Componentes psicosomáticos de la Diabetes."

Originalmente el tema de la conferencia del Dr. Pons fué anunciado como *"Componentes psicosomáticos y Problemas económico-sociales de la Diabetes,"* pero habiéndole tomado la primera parte prácticamente todo el tiempo disponible, el Dr. Pons optó por posponer para una próxima ocasión la discusión del segundo aspecto de su conferencia: *"Problemas económico-sociales de la Diabetes."*

Deseamos reiterar por medio de estas líneas nuestra cordial felicitación al estimado amigo Dr. Pons, por su interesante conferencia, y aprovechamos esta oportunidad para exhortar a los miembros de nuestra Asociación a concurrir a estas reuniones científicas mensuales, que no sólo tienden a mantener latente el espíritu científico de nuestra profesión, sino que contribuyen a estrechar los lazos de amistad entre los miembros de nuestra agrupación.

Personales

Dr. José F. Correa:

Pasa por la pena de haber perdido en fecha reciente a su querido padre, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Sirvan estas líneas para reiterar nuestra sentida condolencia al querido amigo, así como a sus familiares, por tan irreparable pérdida.

Dr. Manuel Pavía Fernández:

A fines del pasado mes, y después de un viaje de placer por el Norte, regresó a nuestra isla en unión a su distinguida esposa, el estimado colega, Dr. Manuel Pavía Fernández.

Reiteramos nuestro saludo cordial a tan distinguidos viajeros.

Dr. Salvador Arana Soto:

Con el propósito de cursar estudios avanzados en fisioterapia, recientemente embarcó hacia los Estados Unidos el estimado compañero cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Arana Soto habrá de permanecer en el Norte por espacio de ocho a diez meses.

Mucho éxito en sus estudios deseamos al querido amigo.

Dr. Jenaro Barreras:

También regresó recientemente, de su viaje de placer por los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Jenaro Barreras, de la ciudad de Caguas.

Reciba el amigo Barreras nuestro cordial saludo.

Dr. Ramón M. Suárez:

A fines del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de placer,

nuestro querido compañero, Dr. Ramón M. Suárez.

El Dr. Suárez, quien preside el Comité Científico de nuestra Asociación, habrá de aprovechar su estadía en los Estados Unidos, para invitar a distinguidos colegas americanos a concurrir a nuestra próxima asamblea anual, que tendrá lugar a mediadios del próximo mes de diciembre.

El compañero Suárez se propone permanecer fuera de nuestra isla de cinco a seis semanas. Durante su ausencia el Dr. César Domínguez, ocupará interinamente la presidencia del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Que disfrute a plenitud de sus merecidas vacaciones deseamos al estimado amigo Dr. Suárez.

Nuevos Miembros:

Recientemente radicaron solicitud de ingreso ante la directiva de nuestra Asociación, los siguientes compañeros:

Dr. J. Samuel Taylor, Humacao
Dra. Edith Z. Rodríguez, Vega Baja

Exámenes de Reválida:

El martes 7 del próximo mes de septiembre darán comienzo en el edificio de nuestra Asociación, exámenes de reválida para médicos, para los cuales han radicado solicitud ante el Tribunal Examinador alrededor de 25 candidatos.

En nuestra próxima edición daremos a conocer los nombres de los nuevos colegas.

Dr. Ramón C. Umpierre:

Recientemente falleció en la ciudad de Nueva York la Sra. Paulita Gutiérrez de Umpierre, amantísima esposa del querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Queremos testimoniar por medio de estas líneas al estimado compañero Dr. Umpierre, así como a los demás familiares de la distinguida dama fenecida, nuestro más sentido pésame por tan irreparable pérdida.

Oficiales Médicos de Unidades:

Como un medio de cooperar a la solución del problema creado en los servicios médicos de beneficencia, con motivo de la afluencia de nuestros médicos jóvenes a las fuerzas armadas de nuestra Nación, el Departamento Insular de Sanidad, a solicitud de nuestra Asociación, ha decidido permitir a los Oficiales Médicos de Unidades, prestar servicios en la beneficencia pública en horas que no conflijan con sus obligaciones como tales Oficiales Médicos de Sanidad.

Celebramos esta decisión de las autoridades de Sanidad que tiende a ofrecer a la población indigente de nuestra isla mayores oportunidades de recibir asistencia médica adecuada y a los compañeros de las Unidades la oportunidad de utilizar sus horas libres en servir a la comunidad en general.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

El día 24 de julio ppdo. reunióse en el edificio de nuestra Asociación la Junta del Auxilio Médico Mutuo, conjuntamente con el presidente y el secretario de la Asociación Médica, y tras amplia discusión en cuanto a la implantación de una tarifa para aquellos médicos que en el futuro quieran acogerse al Plan de Auxilio Médico Mutuo, se tomó el siguiente acuerdo:

> "En lo sucesivo, a partir del 24 de julio de 1943, todos los médicos recién graduados que deseen acogerse al plan de seguros bajo la cuota corriente de $18.00 anuales, tendrán que hacerlo dentro del año siguiente a la fecha de su reválida, y los que no lo hicieren dentro de este término estarán sujetos a la escala siguiente:
> Hasta los 30 años de edad, pagarán una cuota de $20.00 anuales.
> De los 30 a los 40 años de edad, pagarán una cuota de $25.00 anuales.
> De 40 a 50 años de edad, pagarán una cuota de $35.00 anuales.
> De 50 a 60 años de edad, pagarán $50.00 anuales."

Actualmente el Auxilio Médico Mutuo cuenta con un total de 380 miembros, y se espera que antes de finalizar el año en curso esta cifra se haya logrado aumentar a 400.

Las remesas por concepto de certificaciones siguen llegando con marcada regularidad. Hasta la fecha los siguientes compañeros han contribuído a este respecto:

Dr. José Menéndez, Río Piedras
Dr. F. Sánchez Castaño, Vega Baja
Dr. Manuel G. Carrera, Fajardo
Dr. Amalio Roldán, Hato Rey
Dr. R. Rivera Aulet, Arecibo
Dr. Ricardo Fernández, Pta. de Tierra
Dr. Leoncio T. Davis, Vieques
Dr. Fernando Asencio, Bayamón
Dr. Rafael Rivera, Caguas
Dr. Ramón C. Umpierre, Orocovis
Dr. Miguel Alonso, Río Piedras
Dr. Juan Veve, Fajardo
Dr. A. Rodríguez Olleros, Río Piedras
Dr. Ezequiel Prieto, Caguas
Dr. Julio R. Rolenson, Santurce
Dr. R. Muñoz Vázquez, Río Piedras
Dr. A. Otero López, Manatí
Dr. Héctor A. Bladuell, San Juan
Dr. Narciso Moreno, Santurce

Los doctores Manuel G. Carrera, de Fajardo, y Amalio Roldán, de Hato Rey, han remitido ya el importe de los primeros 40 certificados.

Nuevamente exhortamos a los miembros del Auxilio Médico Mutuo a cooperar efectivamente al aumento del fondo general, mediante el uso constante del libro de certificaciones, enviando a la tesorería de nuestra Asociación el correspondiente importe cada vez que hayan expedido 20 certificaciones.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN MEDICINA

Por gestiones de nuestro activo presidente, el Dr. Manuel de la Pila, el Honorable Auditor de Puerto Rico ha hecho la correspondiente anotación en sus libros asignando los $1,000 para el "Premio al Mejor Trabajo en Medicina" creado por la Ley Núm. 166 del 1942.

Como es de conocimiento general, el año pasado no fué posible otorgar el premio, por no haberse sometido a consideración del Comité Científico suficiente número de trabajos. Siendo nuestro deber velar por que dicho premio pueda ser otorgado este año, cordialmente exhortamos a todos los miembros de nuestra Asociación, así como a los demás médicos de la isla, a activar la labor científica que hayan venido realizando durante el año, de modo que todos los trabajos puedan ser sometidos a la consideración del Comité Científico de nuestra Asociación antes del día primero de noviembre del año en curso.

Con el propósito de refrescar la memoria de nuestros colegas nos complacemos en publicar nuevamente la Ley No. 166 del 1942, que crea el premio, así como también las reglas aprobadas por el Comité Científico de nuestra Asociación en relación con el mismo:

"Sección 1.—Por la presente se crea un premio anual de mil (1,000) dólares para el mejor trabajo científico de carácter original que se realice en Puerto Rico por médicos residentes en esta Isla facultados para ejercer la medicina en Puerto Rico. Disponiéndose, que los trabajos científicos oficiales de la Escuela de Medicina Tropical y del Departamento de Sanidad quedarán excluídos de los beneficios de esta Ley.

"Sección 2.—Todo aspirante al premio creado por virtud de la sección precedente deberá hacer solicitud al mismo y someter su trabajo mecanografiado o impreso por sextuplicado al Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico, a más tardar el día primero de noviembre de cada año. El Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico dictaminará sobre los trabajos sometidos a más tardar el día primero de diciembre de cada año, emitiendo el correspondiente laudo escrito debidamente fundamentado, adjudicando el premio creado por esta Ley al mejor trabajo sometido.

"Sección 3.—No obstante lo dispuesto en la sección precedente, el Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico podrá distribuir el premio concedido en esta Ley en dos o más premios, en el supuesto de que el carácter de los trabajos sometidos a su consideración ameritase la desintegración del premio total.

"Sección 4.—Podrá hacer solicitud aspirando al premio todo médico legalmente autorizado para ejercer la medicina en Puerto Rico, residente en la isla por un período no menor de dos años.

"Sección 5.—Por la presente se autoriza y ordena al Auditor y al Tesorero de Puerto Rico incluir entre los gastos corrientes del Gobierno Insular los fondos provistos por esta Ley, y a pagar de acuerdo con el laudo del Comité Científico de la Asociación Médica de Puerto Rico.

"Sección 6.—Toda ley o parte de ley que se opusiere a la presente, queda por ésta derogada.

"Sección 7.—Esta Ley empezará a regir a los noventa días después de su aprobación."

REGLAS APROBADAS POR EL COMITE CIENTIFICO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO, PARA REGIR LA CONCESION DEL PREMIO CREADO POR LA LEY NUM. 166 DEL 1942

1—Todo aspirante al premio deberá entregar su trabajo en el edificio de la Asociación Médica de Puerto Rico, no más tarde de las 6:00 P. M. del día primero de noviembre de 1943.

2—El concursante deberá someter su trabajo mecanografiado o impreso, por sextuplicado. En ninguna de las copias sometidas podrá aparecer el nombre del concursante. Junto con las copias de su trabajo todo concursante deberá enviar un sobre debidamente lacrado, en cuyo interior deberá incluirse un papel con el título del trabajo y el nombre de su autor.

3—Todo trabajo sometido a consideración del Comité deberá ser original.

4—El Comité Científico deberá reunirse en la noche del día primero de noviembre de 1943 para tener conocimiento y recibir una copia cada uno de sus miembros de los trabajos sometidos a concurso; y luego celebrará las reuniones que considere necesarias hasta rendir el laudo correspondiente, no más tarde del día primero de diciembre de 1943.

5—La votación para decidir cuál es el mejor trabajo presentado a concurso se llevará a efecto por papeleta cerrada. Cualquier miembro del Comité que se vea imposibilitado de asistir a la reunión en que deberá rendirse el laudo, vendrá obligado a someter su votación por escrito.

6—El Comité Científico podrá dividir el premio en dos o más partes, si los trabajos sometidos así lo ameritaren.

7—Todo trabajo que resulte premiado pasará a manos del Editor del Boletín de la Asociación Médica y será publicado, preferentemente, en la edición correspondiente al mes de enero próximo a la fecha del concurso. Asimismo, todo trabajo que se someta a concurso será publicado en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico, si se estimase conveniente.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D } por gramo....	10 gramos
	Acido Bórico	2 gramos
	Oxido de Zinc	15 gramos
	Talco	15 gramos
	Vehículo	58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.



CONFIANZA

La confianza depositada en los Productos Lilly ha brotado de un constante trato ético con la profesión médica y del buen entendimiento de la política Lilly de ofrecer única y exclusivamente preparaciones farmacéuticas de la más alta calidad y de potencia invariable.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

and
Tropical Medicine
HARVARD
MEDICAL SCHOOL

AÑO XXXV SEPTIEMBRE, 1943. NUMERO 9.

JUL 14 1944

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

OLAC *Alimento Completo Especial Para*

Prematuros y Recién Nacidos

EL OLAC encarna las más modernas investigaciones científicas acerca de lo que debe de ser el nutrimento óptimo para las criaturas prematuras y recién nacidas. Este alimento contiene aceite de oliva como grasa, porque según ha demostrado Holt y otros investigadores de fama internacional, el lactante lo asimila mejor que la grasa de la leche de vaca. El Olac suministra un alto porcentaje de calorías en forma de proteína (aproximadamente el 20%) con el fin de llenar las necesidades mayores de nitrógeno de las criaturas prematuras. Interesa notar que el contenido de amino-ácidos del Olac es casi idéntico al de la leche de pecho reforzada con caseína, reconocida generalmente como el prototipo de alimentación en la premadurez.

El Olac es secado por el procedimiento de atomización y consiste de 40.6% leche desgrasada, 31.7% Dextro Malto, 17.5% aceite de oliva, 10.1% caseinato de calcio y 0.1% aceite de hígado de halibut (para vitamina A).

En la alimentación de los prematuros, el Olac ha dado resultados tan buenos como la leche de pecho y superiores a las fórmulas de leche evaporada. Stoesser hace las siguientes conclusiones de su estudio con más de 200 lactantes:

"La preparación de leche descremada y aceite de oliva sale triunfante de las pruebas clínicas, representando una mezcla de sólidos de leche descremada, caseinato de calcio, aceite de oliva, y Dextro Malto, en proporciones que la investigación científica ha demostrado que son las más útiles para el fomento y desarrollo del crecimiento del recién nacido y del prematuro. Las criaturas, tanto pequeñas como grandes, la asimilan con suma facilidad y muy pocos trastornos digestivos, por lo cual aumentan rápidamente de peso."

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos.



Prepárese rápidamente mezclándolo con agua caliente.

De venta en farmacias en latas de 454 gms. a un precio sumamente módico.

MEAD JOHNSON & COMPANY

EVANSVILLE, INDIANA, E.U.A.

P. O. Box 3081, San Juan

SUMARIO

Página

Syngamus Laryngeus in Man, Report on three additional cases from Puerto Rico, J. H. Font, M. D., M. SC. (Med.), F.A.C.S., San Juan, P. R. — — — — — — — — — — — 331

Complicaciones Renales en la Terapia Sulfonamida, Julio E. Colón, M. D., San Juan, P. R. — — — — — — — — — — 334

Avertin-Ether Anesthesia in Cases of Biliary Tract Surgery with remarks on administration —A brief review of anesthetic agents commonly employed in Biliary tract surgery with special reference to the combination of avertin-ether, Carl S. Williamson, Colonel, Medical Corps — — — — — 345

Hemorragia Subdural, Nestor de Cardona, M. D., Aguadilla, Puerto Rico — — — — — — — — — — — — — — — — 350

Preñez Abdominal, Nelson Perea, M. D., Mayagüez, P. R. — — 354

Discurso pronunciado por el Dr. Manuel de la Pila, durante los ejercicios de graduación verificados en la escuela de enfermeras del Hospital San Lucas el día 17 de agosto de 1943 — 356

Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — — 361

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — — 364

Tres Dólares
Suscripción Anual

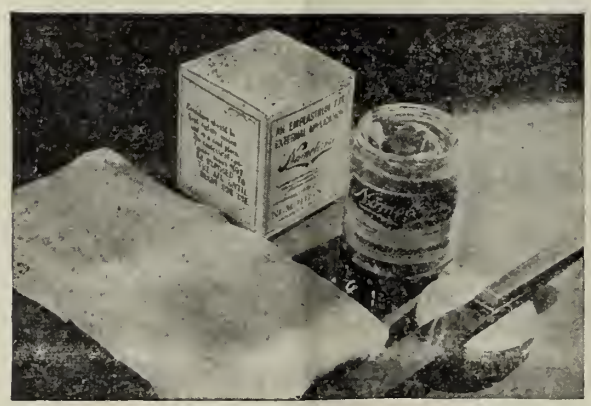
Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

Alivia el Dolor
Disipa la Congestión
Reduce la Fiebre

Las propiedades descongestivas, anodinas y antifebriles de una cataplasma medicada se encuentran en

NUMOTIZINE

En condiciones tales como forunculosis, abscesos, inflamación glandular, torceduras, contusiones, afecciones del pecho, Numotizine applicada sobre el área de la inflamación combina en sí el efecto descongestivo local de un emplasto y el efecto sistémico de la absorción lenta del guayacol y la creosota.



NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET, CHICAGO, E. U. de A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

Presentamos a

CLINITEST

(TABLETAS PARA ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA)

NOVISIMO! REQUIERE *MENOS* DE UN MINUTO



1 **5 gotas de orina** *más* 10 de agua.



2 **Echese la tableta.**



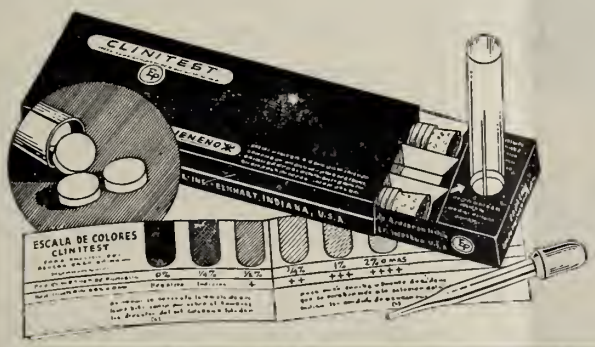
3 **Espérese la reacción y compárese con la escala de colores.**

Este novísimo y rápido método para determinar la presencia de azúcar en la orina ha sido desarrollado para llenar las necesidades de médicos, técnicos de laboratorio, enfermeras y pacientes diabéticos.

Ofrece estas ventajas prácticas:

RAPIDEZ—El análisis puede ser hecho en menos de un minuto.

SENCILLEZ—No hay nada complicado. Nada que calentar. Las tabletas mismas producen su propio calor.



SEGURIDAD—El método Clinitest está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict. Las graduaciones en la escala de colores indican azúcar a 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.

COMODIDAD—En el juego Clinitest no hay líquidos—por tanto no hay nada que se pueda derramar. Son juegos pequeños, compactos, que pueden llevarse en el bolsillo o cartera.

ECONOMIA—El precio de venta es muy módico—resultando en una notable economía para cuantos necesiten hacer análisis de esta clase.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

ELKHART, INDIANA, E. U. A.



Para Aplicación Nasal

vasoconstricción rápida y duradera, baja toxicidad
y ausencia de "picazón," recete

Clorhidrato de
Neo-Sinefrina

(*clorhidrato de levo-alfa-hidroxi-beta-metil-amino-3-hidroxi etilbenceno*)



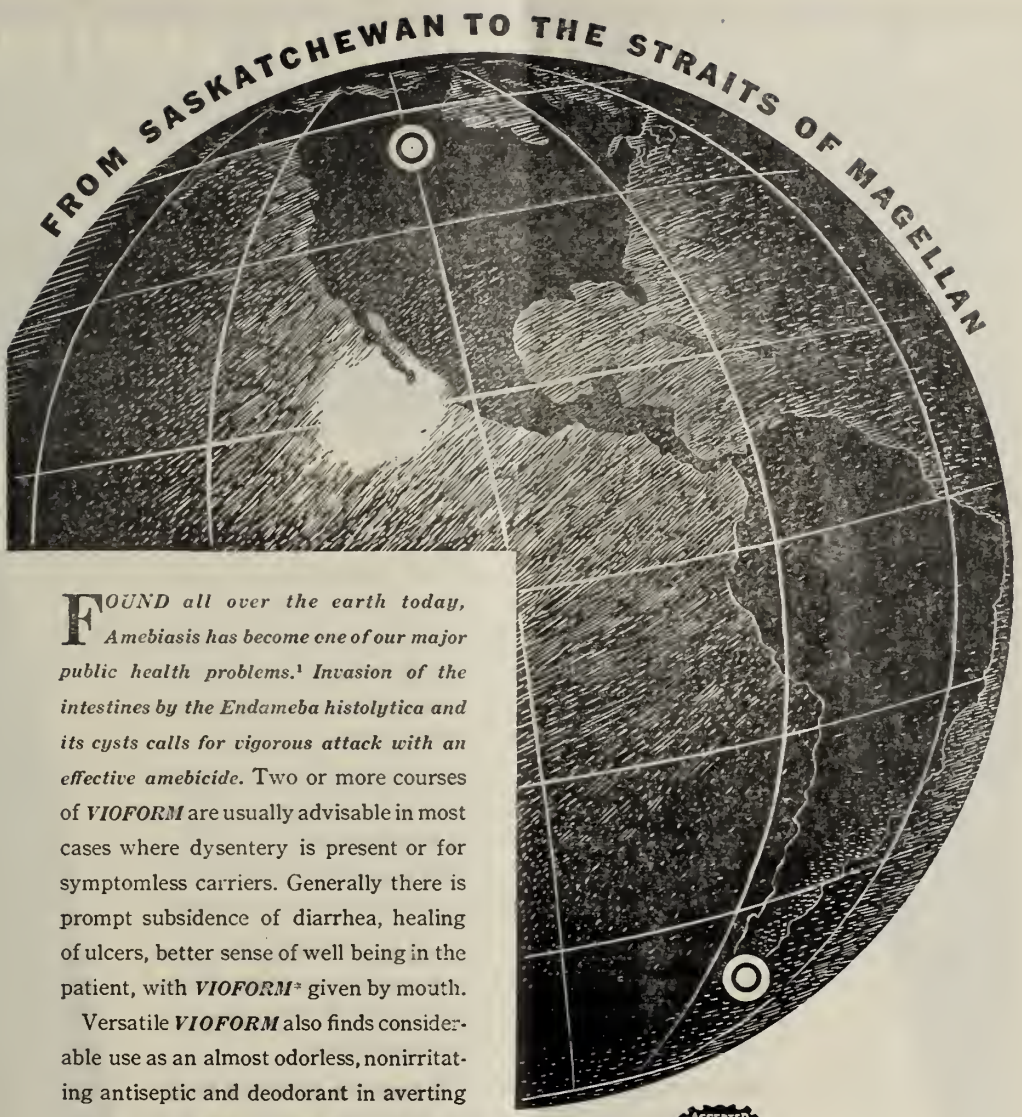
Se ofrece en solución al ¼% o al 1% en frascos de 30 c.c., para aplicarse con cuentagotas o pulverizador; y en forma de jalea al ½% en tubos con aplicador nasal.

Frederick **Stearns** *& Company*

DETROIT, MICH., E. U. A.

Desde 1855... PRODUCTOS INDISPENSABLES PARA EL ARMAMENTARIO DEL MEDICO

Representante: Víctor M. Bártoli, Apartado 3834, Santurce, P. R.



FOUND all over the earth today, Amebiasis has become one of our major public health problems.[1] *Invasion of the intestines by the Endameba histolytica and its cysts calls for vigorous attack with an effective amebicide.* Two or more courses of ***VIOFORM*** are usually advisable in most cases where dysentery is present or for symptomless carriers. Generally there is prompt subsidence of diarrhea, healing of ulcers, better sense of well being in the patient, with ***VIOFORM***** given by mouth.

Versatile ***VIOFORM*** also finds considerable use as an almost odorless, nonirritating antiseptic and deodorant in averting and treating wound infection... in treating Trichomonas Vaginalis Vaginitis... in dermatoses such as moist eczema.

1. *Wright, H. E.: Tri-State Med. J., July 1939.*

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN Council on Pharmacy and Chemistry

VIOFORM

AMEBICIDE AND ANTISEPTIC

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off. (Iodochlorhydroxyquinoline)

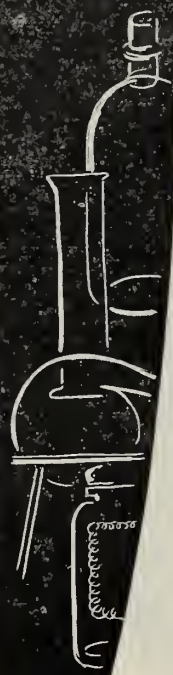
CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

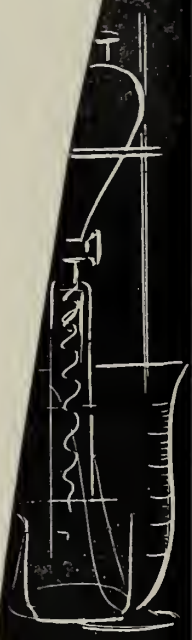
SUMMIT, NEW JERSEY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860







DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

CASA FUNDADA W E T H en 1860



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentada recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.

Extracto De Hígado

en combinación con Hierro, Cobre *y otros*

ELEMENTOS MINERALES ORGÁNICOS

usado con éxito en el tratamiento de las

Anemias y Casos De Agotamiento

Neobovinine 20 *tiene las ventajas del Extracto de Hígado más los benéficos efectos del hierro orgánico, del cobre y de otros elementos mineráles.*

"LA SALUD es minada mas frecuentemente por la obra gradual y constante de causas que se descuidan, que por los riesgos de naturaleza accidental.

"En el tratamiento de cualquiera enfermedad es muy importante eliminar una anemia co-existente, que es un serio obstáculo para el pronto y completo restablecimiento."★

★ VICTOR E. LEVINE "*El tratamiento de la Anemia.*" *International Clinics, Vol. III, Series 39, Lippincott, 1930.*

Neobovinine 20

Compuesto original de Extracto de Hígado y Sangre de Bovino

El Extracto de Hígado contiene un principio activo que facilita la utilización de los elementos hematógenos.

La Sangre de Bovino es una rica fuente de hierro orgánico, cobre y otros importantes elementos minerales animales. Contiene además proteínas, complementos y materiales inmediatamente disponibles para la formación de glóbulos rojos.

Neobovinine 20 provee así elementos esenciales para la formación de nuevos hematíes y hemoglobina más el principio activo que asegura su aprovechamiento.

Cada cucharada de Neobovinine 20 contiene el equivalente de 0.83 onzas (25 gramos) de hígado fresco entero

Análisis demostrativo de la

Composicion Media Total

Sangre de Bovino	53.3%
Extracto de Hígado	26.6
Alcohol (en volumen)	15.0
Glicerina	2.7
Sal y Agua	2.4

Traducida en

Alcohol (en peso)	11.35%
Ceniza	2.00
Proteína (Nx6.25)	11.25
Azúcares reductores	1.30
Grasa	0.25
Glicerina	2.70
Agua y substancias volátiles	71.15

Análisis demonstrativo del

Promedio de Contenido Mineral

Miligramos por 100 c.c.

Hierro (Fe)	34.0
Cobre (Cu)	0.76
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8
Zinc (Zn)	5.0
Magnesio (Mg)	2.9
Potasio (K)	238.0
Sodio (Na)	107.0
Azufre (S)	170.0
Cloro (Cl)	163.0
Manganeso (Mn)	Trazas

Los elementos minerales arriba determinados por análisis cuantitativo están presentes en forma de alimentos naturales.

Neobovinine 20

La Eficacia Del Hígado en la Anemia Secundaria

Se aceptaba generalmente hasta hace poco que la hepatoterapia era útil unicamente en la anemia perniciosa. Pero se está demostrando cada día más que esto es un error.

Murphy[1] dice: "Que ha sido plenamente demostrado que, debido a ciertas causas, el hígado administrado en cantidades suficientes es eficaz en el tratamiento de la anemia secundaria." Es verdad sin embargo que el hierro y otros elementos deben complementar al hígado.

Hígado Más Hierro

Murphy y Powers[2] pueden ser citados: "Los pacientes tratados con hígado y hierro tuvieron mayor aumento de hemoglobina que los tratados con hígado."

Nos podemos referir también a la obra de Keefer y Yang[3] que dice: "El hígado y el hierro administrados en combinación a los pacientes con anemia secundaria resultaron más eficaces que separadamente."

Maurer, Greengard y Kluver[4] en un estudio de la anemia en la primera infancia llegan a las siguientes conclusiones: "La administración de hierro con trazas de cobre en niños anémicos fracasó en lo que se refiere a la reconstitución sanguínea en el 50% de los casos, y el hígado solo, en un 37%. Los pacientes del segundo grupo denotaron notable mejoría después de la adición de hierro. En los niños tratados con hierro y con hierro y cobre en combinación, la mejoría no fué tan evidente como la de aquellos a los que además se les administró extracto hepático.

Neobovinine 20 contiene 34 mgs. de hierro y 0.76 mg. de cobre por 100 c. c.

Cobre y Otros Elementos Minerales

Hart[5] y sus colaboradores encontraron que el cobre era un complemento conveniente del hierro para la formación de hemoglobina. Comprobaciones[6] de sus trabajos continúan apareciendo en la literatura médica actual. Elvehjem,[7] relatando sus experimentos en los cuales alimentó ratas anémicas con hierro, con y sin cobre, dice: "Los resultados más notables son los obtenidos con ratas alimentadas con hematina y cobre."

Beard y Myers[8] han determinado la influencia favorable de varios elementos incluyendo el zinc.

Titus, Cave y Hughes[9] mencionan el manganeso. El fósforo[10] ha sido considerado importante desde hace mucho tiempo.

Neobovinine 20 posee las ventajas del extracto de hígado más los benéficos efectos de hierro orgánico, cobre y otros elementos minerales.

La Leche, Alimento Imperfecto

La causa de formación deficiente de sangre puede depender de factores nutritivos.

Whipple[11] dice: "Los productos lácteos contienen muchos elementos nutritivos valiosos, pero estos alimentos son muy pobres en elementos que ayudan al cuerpo a formar nuevos glóbulos rojos y hemoglobina. Esto deben tenerlo muy en cuenta los que consumen productos lácteos en abundancia, por ejemplo en la dieta de los niños."

Neobovinine 20 es útil para mejorar estas dietas con proteinas nitrogenadas y elementos

---

[1]William P. Murphy. "Observaciones sobre el Tratamiento de la Anemia." Surgery, Gynecology and Obstetrics, 50, No. 1A, Jan. 1930.

[2]William P. Murphy and John H. Powers. "El Valor del Hígado en el Tratamiento de la Anemia por Causa de Hemorragia." Surgery, Gynecology and Obstetrics, 48, No. 480, Apr. 1929.

[3]Chester S. Keefer and C. S. Yang. "El Valor del Hígado y el Hierro en el Tratamiento de la Anemia Secundaria." Journal of the American Medical Association, 93, No. 8, Aug. 24, 1929.

[4]Siegfried Maurer, Joseph Greengard and Cessa Kluver. "El Valor del Extracto de Hígado y el Hierro en la Anemia de la Primera Infancia." Journal of the American Medical Association, 98, No. 13, Mar. 26, 1932.

[5]E. B. Hart. H. Steinboch, J. Waddell and C. A. Elvehjem. "El Hierro en la Nutrición VII El Cobre como Complemento del Hierro para la Formación de Hemoglobina en la Rata. Journal Biological Chemistry, 77, No. 2, May, 1928.

[6]George T. Lewis, Theodore E. Weichselbaum and Joseph L. McGee. "El Efecto de los Metales Purificados por la Electrolisis sobre la Regeneración de la Hemoglobina en Ratas Blancas Anémicas." Proceedings Society Experimental Biology and Medicine, 27, No. 4, Jan. 1930.

[7]C. A. Elvehjem. "El Valor Relativo del Hierro Orgánico e Inorgánico en la Formación de Hemoglobina." Journal of the American Medical Association, 98, No. 13, Mar. 26, 1932.

[8]Howard H. Beard and Victor C. Myers. "Otras Observaciones sobre el Efecto de los Elementos Inorgánicos en la Anemia de Nutrición." Journal of Biological Chemistry, 87, No. 2, June, 1930.

[9]R. W. Titus, H. W. Cave and J. S. Hughes. "El Complejo Manganeso-Cobre-Hierro como Factor en la Formación de Hemoglobina." The Journal Biological Chemistry, 80, No. 2, Dec. 1928.

[10]A. W. Fuller. "La Anemia, sus Causas y Tratamiento Moderno." H. K. Lewis & Company, Ltd., London.

[11]G. H. Whipple. "La Formación de Hemoglobina en el Organismo según la Influencia de Factores Dietéticos." The American Journal of Medical Sciences, 175, No. 6, June, 1928.

minerales necesarios para la formación de glóbulos rojos y hemoglobina.

La Sangre en la Hematogénesis

El famoso hematólogo Nageli[12] notó una mejoría en la composición sanguínea en pacientes que consumían grandes cantidades de Blutwurst. Atribuyó esto a la sangre contenida en la morcilla. En algunas partes de Inglaterra la morcilla, por la sangre que contiene, ha sido desde mucho tiempo popular en el tratamiento de la anemia.

Fuller[10] dice: "La hemoglobina de sangre de bovino es muy importante en el tratamiento de la anemia. Es facilmente asimilada, no produce efectos nocivos colaterales, y provee una cantidad definida de hierro orgánico."

Whipple (1929)[13] dice que la morcilla es poderosa para la formación de sangre en ciertas anemias experimentales en perros.

La sangre[14] es la más rica fuente conocida de hierro animal (asimilable) y contiene 247.5 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína mientras la carne cruda de res generalmente considerada rica en hierro contiene solamente 7.5 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína. Según el método que se use, hasta el 81 por ciento[15] del hierro, el fósforo y otros minerales presentes en los vegetales se pierden en la cocción. La sangre fresca de bovino en el Neobovinine 20 es tratada por un procedimiento en frío y en su preparación las propiedades activas y sales minerales animales no han sido destruídas por el calor. Es significativo que los mejores resultados en la hepatoterapia (cuando se emplea el hígado solo) han sido obtenidos cuando el hígado se toma crudo.

Neobovinine 20 contiene 53.3% de sangre de bovino preparada en frío.

Neobovinine 20

Más de 2 años de extensa aplicación clínica han demostrado la eficacia del Neobovinine 20 para la regeneración y formación de hemoglobina y glóbulos rojos.

Neobovinine 20 se ha estado usando en el tratamiento de todas las formas de anemia y ha comprobado su eficacia en los casos de agotamiento.

Neobovinine 20 es un auxiliar para contrarrestar las anemias de los niños susceptibles a las infecciones. Ejerce influencia favorable sobre el apetito y ayuda a mantener la proporción de crecimiento normal. Es especialmente eficaz para combatir la anemia ya sea del embarazo, hemorrágica, post-operatoria, y las anemias que siguen a las enfermedades infecciosas.

Efecto Rápido y Favorable Sobre el Apetito

Generalmente cuando se nota la mejoría en la sangre, y algunas veces antes, la condición general del paciente denota cambio notable, el apetito mejora, la piel se torna más rosada y de tono normal, la irritabilidad tiende a desaparecer y la actividad y la claridad mental mejoran y se nota aumento en el peso.

Cómo Tomarlo

Neobovinine 20 es fácil de tomar y es tolerable. Para hacerlo más agradable para los convalecientes, personas de edad avanzada y niños que no quieren comer, se le puede agregar jugo de uvas u otro jugo de frutas, y se puede servir helado.

• • •

DOSIS: En los estados anémicos, dieta deficiente, desnutrición, una cucharada cuatro veces al día, preferible después de las comidas y antes de acostarse.

Niños: Graduar según el peso, 20 libras (9 kilos), 1/8 de la dosis para adulto; 40 libras (18 kilos), 1/4; etc.

• • •

Neobovinine 20

8134 McCormick Boulevard
CHICAGO, E. U. A.

Casilla Correo 1620
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Impreso en E.U.

[12]The Lancet, London (editorial). 214, No. 5461, Apr. 28, 1928.
[13]G. H. Whipple. "La Regeneración de la Sangre en la Anemia Grave." Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1, No. 1A, Jan. 1930.
[14]F. B. Forbes and R. W. Swift. "El Contenido de Hierro en las Carnes." Journal Biological Chemistry, 67, No. 517, 1926.
[15]Peterson and Hoppert. "Journal of Home Economics," 17, No. 265, 1925.



Vista cansada, Cabeza pesada

HASTA para las personas con talento natural, las discusiones de negocio resultan en jaqueca si la vista cansada viene a disminuir la facilidad de pensar. En estos casos, una decisión errónea puede resultar costosa, acarreando gastos y trastornos evitables quizás con un par de anteojos bien ajustados.

Del mismo modo, una mujer encantadora no siempre parece en su mejor porque se encuentra nerviosa y agotada debido a vista cansada. Así también, la investigación ha demostrado que son muchos, demasiados, los niños verdaderamente listos que reciben malas notas en la escuela debido a que no pueden ver bien.

En la vida de familia como en el negocio, un par de buenos ojos constituye una inversión que paga dividendos pingües. Los empleados con vista buena trabajan más y mejor: desperdician menos material y sufren menos accidentes.

Cuando los pacientes de usted necesitan anteojos, recuerde que sólo los mejores son dignos de la vista humana. Los cristales oftálmicos Bausch & Lomb no tienen superior.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria, y la Corrección de los Defectos de la Vista.



CONSTANT ALERT!

Calm, steady nerves and all-around good health are essential during times such as we are living through today. Regular daily intake of the Vitamin B Complex as a dietary supplement will help maintain the full integrity of nerve tissues. • GALEN "B"* is an entirely natural concentrate derived from rice bran. It supplies the entire Vitamin B Complex in essentially the same proportions in which it is removed from our diet as the result of the milling of cereals. Galen "B" is thus ideally balanced as a supplement to the average diet. Designed for regular every day use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.



Galen Company

BERKELEY · CALIFORNIA · U. S. A.

*Trade Mark

Copyright 1943, Galen Company

Tratamiento de mantenimiento de la Anemia Perniciosa con—

SOLUCION EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO A 1 cc.
(PARENTÉRICA)

Lederle

EN un estudio clínico reciente ALT y YOUNG[1] confirmaron las observaciones de MURPHY[2,3] de que los extractos muy concentrados de hígado son tan eficaces como los extractos "crudos" en el tratamiento de la anemia perniciosa, fuese o no afectada la médula espinal. Estos clínicos mantuvieron remisión total en una serie de pacientes administrando "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" con intervalo promedio de 17.5 días. Comentan como sigue:

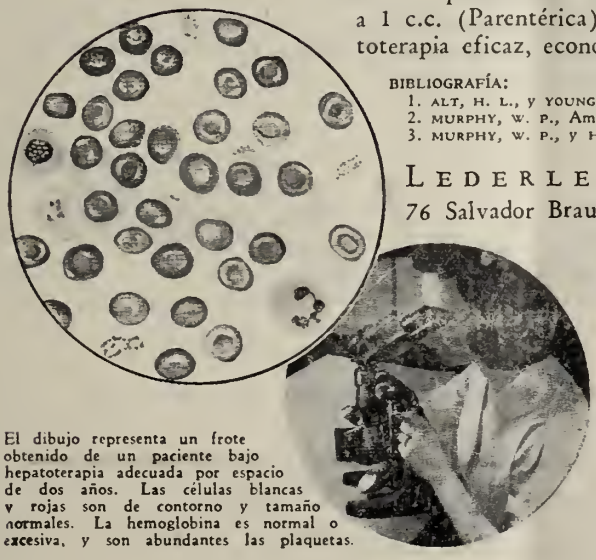
> "Para mantener al paciente con anemia perniciosa, es primero necesario tener la seguridad de que el extracto hepático empleado posee la potencia deseada. En segundo lugar, la respuesta de cada paciente debe ser estudiada individualmente. Algunos requieren más del principio activo del hígado que otros para la remisión completa. Como regla general es aconsejable administrar más del requisito mínimo de hígado para proteger al paciente contra la recaída.
>
> "El paciente que hoy sufre anemia perniciosa puede, con gasto mínimo y pocos inconvenientes, mantener la remisión indefinitivamente. Siempre es arrestada la degeneración de la médula espinal y por lo general las manifestaciones neurológicas mejorarán en los casos menos avanzados.
>
> "En vista de que el paciente tolera mejor la dosis de 1 c.c. de los extractos de hígado concentrados, es de preferirse esta clase de preparado para uso rutinario."

Para el paciente la "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" constituye una forma de hepatoterapia eficaz, económica y conveniente.

BIBLIOGRAFÍA:

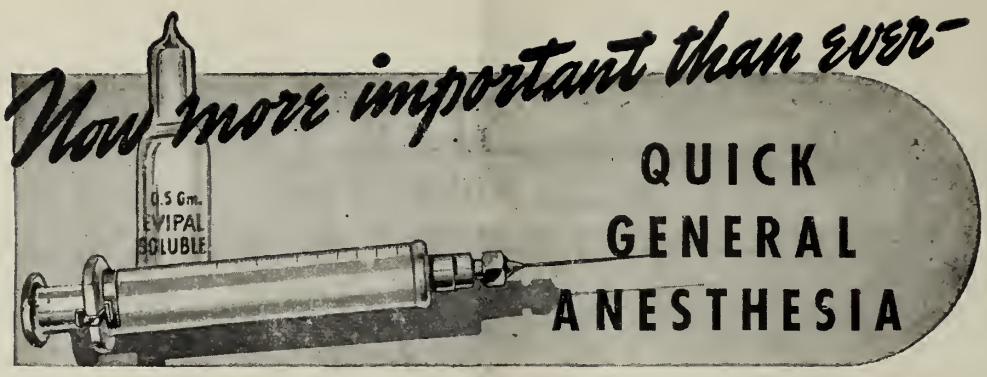
1. ALT, H. L., y YOUNG, R. H., Ill. M. Jour., 78:444-448, noviembre de 1940.
2. MURPHY, W. P., Am. J. M. S., 191:597-607, 1936
3. MURPHY, W. P., y HOWARD, I., J. A. M. A., 112:106-110, 1939.

LEDERLE LABORATORIES CO.
76 Salvador Brau San Juan



El dibujo representa un frote obtenido de un paciente bajo hepatoterapia adecuada por espacio de dos años. Las células blancas y rojas son de contorno y tamaño normales. La hemoglobina es normal o excesiva, y son abundantes las plaquetas.

ENVASES:
Tres frascos de 1 c.c.—cada centicubo contiene 15 unidades F. EE. UU.



INTRAVENOUS ANESTHESIA occupies an important place in military medicine. The method offers the advantages of ease of administration, speedy induction and quick recovery. The anesthetic agent is easily transported and remains stable indefinitely under a wide variety of conditions. Moreover, intravenous anesthesia may be used in conjunction with other forms of anesthesia (infiltration, regional, spinal) and often when gas or ether is contraindicated.

Evipal Soluble—intravenous anesthetic—is employed for numerous surgical procedures, change of dressings and painful examinations that can be performed within a relatively short period of time (from twenty to thirty minutes). *Pamphlet containing detailed information will be sent free to physicians on request.*

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y.
WINDSOR, ONT.

HOW SUPPLIED: Evipal Soluble is supplied in ampules of 0.5 Gm. and 1 Gm. of the powder, boxes of 1 each, with an ampule of sterile distilled water. Also in ampules of 0.5 Gm. of the powder, boxes of 10, and ampules of 1 Gm., boxes of 10 and 25, without distilled water.

Evipal Soluble

"Evipal" Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of CYCLURAL SODIUM

(Sodium salt of N-methylcyclohexenylmethyl barbituric acid)

DISTRIBUIDORES PARA PUERTO RICO
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.
ALLEN 77 — APARTADO 402
SAN JUAN, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA
AÑO XXXV SEPTIEMBRE, 1943 Número 9

SYNGAMUS LARYNGEUS IN MAN

Report on three additional cases from Puerto Rico

J. H. FONT, M. D., M. SC. (Med)., F.A.C.S.*
San Juan, P. R.

Since the discovery by King, thirty years ago, of a pair of syngamid worms in copula in the sputum of an Irish nun of Santa Lucía, W. I., as reported by Leiper[1] in the Lancet, other instances of human infection with gapeworms have been recorded. In most of these cases the species concerned was the *Syngamus laryngeus* of cattle. Dr. Jaime Bagué[2] of the Puerto Rico Department of Agriculture reported in 1921 a "verminous bronchitis" in calves brought about by the presence of the *S. laryngeus*.

Syngamus laryngeus parasitic in the larynx of cattle, has been heretofore recorded only from the Orient. Species of this genus, however, are now known to infest the respiratory system of a variety of mammals. According to the observations made by Buckley[3], sheep, goats and cattle are thus incriminated as hosts of this potential human parasite.

As to the mode of infection little can be said. Buckley believes that an intermediate host is required. Man is an accidental host. The life cycle of none of the syngamids of mammals is known. This is not the case with the *S. trachea* of the domestic fowl in which the adult worms live in the bronchi and trachea of the host. The *S. laryngeus* inhabits the upper respiratory tract of cattle and of man. These worms have a relatively huge cup-like buccal capsule reinforced by a prominent chitinous ring and have some small teeth in its depths according to Chandler[4]. They draw a bit of the mucosa into their buccal capsule in their firm attachment to the pharyngeal wall. They are active but very reluctant to let go their hold, reason why the discharge of the parasites in the sputum after violent attack of coughing does not seem to be at all of frequent occurrence The *Syngamus laryngeus* is covered with a transversely striated cuticula which is very resistant. Because they are blood-consuming parasites pumping out much blood which they excrete, they are always filled with blood. The males and females always occur in pairs, the male is considerably smaller than the female and is permanently attached to the vulva of the female by its bursa, giving the pair a Y appearance. The females are usually about 15 to 20 mm. long.

These nematodes attack the nasopharynx, pharynx or larynx and provoke two main symptoms, that is, violent coughing and a tentalizing "crawling" sensation capable of driving these patients to desperation.

* Attending Otolaryngologist, Presbyterian Hospital, San Juan, P. R.

A blood-streak saliva, no sputum, has been a frequent accompaniment.

Leiper[5] reports a second case in man. Travassos[6] in Brazil had reported *S. laryngeus* from man in 1921. St. John, Simmons and Gardner[7] reported another instance from the Philippines. This report presents an unusual clinical picture.

Two years later, in 1931, a Puerto Rican lawyer, Hoffman[8] reports, consulted his physician for a constant cough of five weeks duration and pharyngeal "irritation" by a "dilated capillary". His complaint immediately disappeared when Dr. José Plá removed from his patient's pharynx a pair of nematodes.

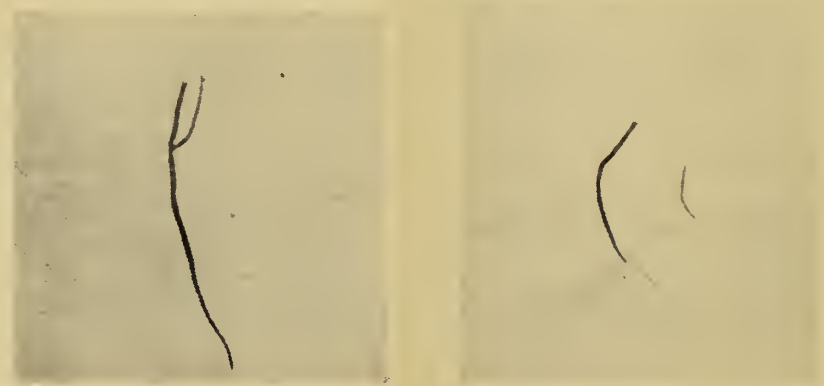
The following year Hoffman[9] again reports on another case presenting clinical findings similar to the case from the Philippines.

On July 28, 1936 I presented the following case before the Puerto Rico Medical Association:

Miss C. G.:—White, 33 years, schoolteacher, had been hospitalized for observation for two months previous to consulting me. Repeated sputum and X-ray examinations during her soujorn at a private establishment had been repeatedly negative.

Her complaint was violent coughing bouts preceded by a tormenting tickling in the nasopharynx. An occasional post nasal drip of a brownish mucous was also observed.

Mirror examination of the nasopharynx showed something similar to a congested blood vessel in the right choana attached to the roof and very actively moving in a whip-like fashion. These findings were confirmed with the naso-pharyngoscope. The worm was removed thru the Yankauer's speculum, the patient under ether anaesthesia. The condition completely cured by removal of the parasites.



The male worm is considerably smaller than the female and is permanently joined in copula with her, giving the pair a Y appearance.

In 1938 I removed another Y shaped worm from the oropharynx of a white young stenographer that had lost twenty pounds of her weight in six weeks because coughing interfered with her eating and sleep. Immediate cessation of symptoms followed.

A report on these two cases was the subject of a discussion on *S. laryngeus* infestation of man in the Havana Programme of

the 1938 Pan American Medical Congress. I regret I could not attend.

In 1939 Lent and Penna[10] reported a new case in Brazil.

Recently I was consulted by my associate, Dr. José Picó, because of his discovery of an actively moving worm attached to the left arytenoid of a young man. The worm was removed thru the direct laryngoscope in a few seconds. The symptoms promptly disappeared following the removal of the parasites.

I may add a final note to this report concerning my belief that *S. laryngeus* in man is a condition of the upper respiratory system. I can not imagine these parasites harboring in the trachea or bronchi without provoking real havoc on the subject. It is fortunate that the *S. trachea* of fowl does not attack mammals.

So I take with a grain of salt reports mentioning bronchial involvement with symptomatology of abscess or bronchiectasic formation.

In over one hundred bronchoscopies performed in our service to investigate cough or hemoptysis of undetermined origin I have never come across these or any other parasites.

BIBLIOGRAPHY

1—*Leiper, R. T.*, Gapes in man, an occasional helminthic infection; a notice of its discovery by Dr. A. King in St. Lucía. Lancet, Lond., 1913, i, 170.

2—*Bagué, J.*, La bronquitis verminosa o tos del becerro. Cir. 35: 1-5, 1921, Gobierno de P. R., Dept. de Agricultura y Trabajo. Estación Experimental Insular. Río Piedras, P. R.

3—*Buckley, J. C. C.*, Some observations on two West Indian parasites of man. Proc. Roy. Soc. Med. V. 27 (2) Dec. Sect. Comp. Med. pp. 134-136 (pp. 8-9), 1933.

....., *On Syngamus nasicola Linstow*, 1899, from sheep and cattle in the West Indies. J. Helminth. V. 12 (1), Jan. pp. 47-62, 1934.

4—*Chandler, Asa C.*, Introduction to Parasitology. 6th ed. John Wiley & Son 1940. New York, p. 376.

5—*Leiper, R. T., Syngamus kingi*, a second case in man. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg. London, v. 19 (5-6). 19 Nov. 17, Dec. 1925, p. 279. (Issued Jan. 1926).

6—*Travassos, P.*, Notas helmintolojicas. Brazil Med. 36:256 (Referred to by Baylis and Chapin). Biblio. Dr. Hoffman's — J. v. 6: 381-383, June 1931.

7—*St. John, J. H. Simmons, J. S.* and *Gardner, L. L.*, Infestation of lung by nematode of genus Cyathostoma. J. A. M. A. 92:1816-1818, June 1, 1929. (v. 5-1929).

8—*Hoffman. W. A.*, Gapeworm in man. Porto Rico Jl. Pub. Health and Trop. Med., v. 6(4) June 1931, pp. 381-383.

9—*Hoffman, W. A.*, Gapeworm infestation of man. Bol. Asoc. Méd. de Puerto Rico. 24: 703-704, Dec. 1932. (v. 13-1933).

10—*Lent, H. & Penna, M.*, Syngamosis in man: new case in Brazil. Hospital, Río de Janeiro 16:111-118, July 1939. (v. 26-1939).

COMPLICACIONES RENALES EN LA TERAPIA SULFONAMIDA*

JULIO E. COLON, M. D.**

San Juan, P. R.

La introducción de la sulfanilamida como agente terapéutico en nuestro hemisferio, en julio de 1937, abrió un nuevo capítulo en la historia de la medicina americana. Desde entonces han aparecido en la literatura médica infinidad de comunicaciones sobre las bondades de esta droga en el tratamiento de casi todas las enfermedades, así como también informes con relación a ciertas manifestaciones tóxicas causadas por ella, y que tienen que ver, en su mayor parte, con su efecto sobre el sistema hematopoyético. No ha habido, hasta la fecha informes clínicos sobre daño renal causado por la sulfanilamida. Marshall, Cutting y Emerson[1] en un estudio de la toxicidad de esta droga en animales experimentales observaron una disminución temporera en función renal después de administrarla en grandes dosis pero no hubo daño renal permanente. Los animales fueron sacrificados y se encontró que tenían riñones normales. Igualmente Molitor y Robinson[2] no encontraron evidencia de daño renal en ratas alimentadas con dosis grandes de sulfanilamida por 10 días. Sin embargo, Stewart, Rourke y Allen[3] en un estudio sobre la eliminación de la sulfanilamida informaron la presencia de cristales de esta droga en la orina de pacientes y sugirieron la posibilidad de la formación de cálculos en el trayecto urinario. Esta posibilidad se hace más aparente con el informe de Antopol y Robinson[4,5] de la producción de urolitos en dos de una serie de 300 ratas alimentadas con grandes dosis diarias de sulfanilamida. Oakley[6], en una corta nota sobre envenenamiento de ratones debido a prontosil informa la presencia de cristales de este producto en la vejiga así como concreciones en los túbulos rectos y convolutados de los riñones.

No fué hasta algún tiempo después de la introducción de la sulfapiridina, que empezamos a leer sobre complicaciones renales causadas por este nuevo derivado de la sulfanilamida. Lawrence[7] fué el primero en informar un caso que presentaba dolor en el cuadrante derecho inferior del abdomen y hematuria después de la administración de sulfapiridina y atribuyó esto a la forma acetilada de la droga. Casos similares de este síndrome fueron informados poco después por Southworth y Cooke.[8]

Formación de urolitos después de la administración oral de sulfapiridina en animales experimentales fué informada por primera vez por Antopol y Robinson[4]. Informes similares fueron hechos más tarde por Gross, Cooper y Lewis[9]; Molitor y Robinson[10]; y Toomey[11]. El hallazgo principal de estos investigadores fué concreciones que producían obstrucción urinaria más o menos completa además de varios cambios inflamatorios y degenerativos. Marshall y Litchfield[12] informan que en una serie de 8 perros, 7 murieron de anuria dentro de 48 horas después de una inyección inicial de acetil-sulfapiridina sódica. Estudio postmortem de estos animales reveló depó-

* Presentado en la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, diciembre 12-13, 1942.

** Urólogo del Hospital Mimiya y el Hospital de la Escuela de Medicina Tropical.

sitos cristalinos en los túbulos colectores del riñón y piedras en el trayecto urinario. Antopol y Robinson[5] dicen que no puede determinarse si la formación de urolitos es siempre un proceso de precipitación independiente o si a veces depende de cambios degenerativos o vasculares primarios en el riñón, y declaran que la sulfapiridina puede producir daño primario al parénquima renal que no es el resultado de la precipitación de cristales o de obstrucción. Informan además que en algunos de sus animales se encontró que coágulos de sangre y no concreciones eran la causa de la obstrucción urinaria. Snapper y otros[13] informaron el primer caso de concreciones cristalinas de sulfapiridina y acetilsulfapiridina en el trayecto urinario humano encontrados en la autopsia de un paciente de una serie de 4 que desarrollaron hematuria durante la terapia de sulfapiridina para pulmonía. Luego han sido informados numerosos casos de hematuria producida por esta droga así como también casos de urolitiasis de acetil-sulfapiridina produciendo anuria obstructiva[14-37]. Han sido publicados también dos interesantes casos de anuria causada por un precipitado de hemoglobina en los túbulos renales resultado de anemia hemolítica producida por la sulfapiridina[38,39].

No se habían informado aún muchas complicaciones fatales causadas por la sulfapiridina cuando un nuevo derivado de la sulfanilamida, el sulfatiazol, había sido sintetizado por Fosbinger y Walter[40] y Lott y Bergeim[41] en 1939. En noviembre de ese mismo año, Van Dyke y otros[42] en un estudio comparativo de la toxicidad del sulfatiazol y la sulfapiridina informan que el principal cambio patalógico producido por estas drogas parecía ser daño renal y que los cambios renales podían ser prácticamente los mismos aunque el sulfatiazol era menos tóxico que la sulfapiridina. Ellos atribuyen esto al hecho de que el sulfatiazol se metaboliza más rápidamente y sufre menos conjugación que la sulfapiridina. Rake y otros[43] produjeron concreciones en el trayecto urinario de animales alimentados con sulfatiazol y sulfapiridna y expresaron la opinión de que ambas drogas producen daño primario al glomérulo y túbulos renales, que es independiente de la obstrucción mecánica. Gross, Cooper y Scott[44] encontraron cristales de sulfatiazol en los túbulos colectores renales de ratas a las que se había dado sulfatiazol y expresan la opinión de que la rapidez con la cual ocurre esta cristalización aparentemente determina el sitio donde han de formarse los urolitos. Observaciones similares fueron informadas por Lehr y otros[45]. Pepper y Horack[46] informaron el primer caso de concreciones cristalinas de sulfatiazol en los túbulos renales de un paciente que murió de anuria mientras se administraba esta terapia para pulmonía. La autopsia reveló riñones grandes y blandos con pelvis hemorrágicas, gruesas y llenas de un material arenoso que también se encontró en los túbulos colectores, los cuales aparecían dilatados. Numerosos informes de daño renal ocasionado por el sulfatiazol siguieron apareciendo en la literatura médica[47-55], algunos de ellos, casos de anuria que terminaron fatalmente[52-55]. En dos de estos casos informados por Lindner y Atcheson[55], la autopsia reveló cúmulos de un material obscuro en forma de cristales en los túbulos, cálices, pelvis y ureteres, además de hemorragias múltiples en el parénquina renal y debajo de la mucosa de los ureteres y pelvis renales.

En la búsqueda de un derivado de la sulfanilamida más efectivo y menos tóxico, a principios del 1940 un nuevo producto, la sulfapirimidina, fué sintetizada por Roblin y sus colaboradores[56], quienes propusieron el nombre de sulfadiazina para esta nueva

droga para evitar que fuese confundida con la sulfapiridina. Parecía haberse alcanzado la meta cuando Feinstone y otros[57] informaron la alta actividad terapéutica de esta nueva droga en infecciones estreptocóccicas, estafilocóccicas y pneumocóccicas experimentales y también contra el estafilococo aureo y el bacilo Freidlander's B tanto *in vitro* como en animales de laboratorio, con la declaración de que este nuevo producto era considerablemente menos tóxico para estos animales que las ya conocidas sulfonamidas. Estos investigadores no encontraron casi ningún daño en los tejidos e informan que la absorción después de la administración oral fué rápida, que hubo poca acetilización y que la eliminación fué lenta, así que los niveles de la droga libre alcanzados en la sangre fueron más altos y mantenidos por más tiempo que aquellos obtenidos después de administrar dosis similares de sulfapiridina o sulfatiazol. La rápida absorción, eliminación lenta y poca acetilización de la sulfadiazina fué confirda por los trabajos experimentales de Plummer y Ensworth[58]; Reinhold, Flippin, Schwartz y Domm[59]; Peterson, Strauss, Taylor y Findland[60]; y Sadusk y Tredway[61]. Sin embargo, los informes publicados por Lehr y Antopol[62], y Gross, Cooper y Hagen[63] no fueron tan halagadores. Los primeros investigadores[62] encontraron que en ratas albinas, grandes dosis de sulfadiazina podían producir precipitación masiva aguda del ácido libre en los túbulos renales y debido a la pobre solubilidad de la droga, podía sobrevenir una obstrucción renal de larga duración con degeneración del epitelio tubular conduciendo a una nefrosis severa. Los últimos[63] dieron este compuesto en diferentes dosis a ratones; de 70, 15 murieron después de la administración de la droga; en una tercera parte de todos los animales, los túbulos colectores del riñón estaban obstruídos por masas cristalinas y en alrededor del 20% también se encontraron cristales en los túbulos convolutados. Ellos informan que esta cristalización ocurre después de la reabsorción de agua en los túbulos renales. Flippin y otros[64] informaron 4 casos de hematuria en 200 pacientes con pulmonía a quienes se administró la sulfadiazina y Plummer[65] en una discusión sobre terapia en el New York Hospital informó 7 casos de hematuria masiva con cólico renal en una serie de 457 casos, a los cuales se administró 10 gramos o más de esta droga. Long[66], en una serie de 125 pacientes no observó ninguna evidencia de daño renal ocasionado por la sulfadiazina y declaró que su experiencia hasta la fecha de su informe (mayo del 1941) le hacía creer que este derivado producía menos manifestaciones tóxicas que la sulfanilamida, sulfapiridina o sulfatiazol. Findland, Strauss y Peterson[67] en un estudio sobre la evaluación y efectos tóxicos de la sulfadiazina en 446 pacientes informaron cristaluria, probablemente acetil-sulfadiazina en la orina de 35 pacientes; retención nitrogenada de intensidad moderada en 5 casos y hematuria en 3 casos, en uno de los cuales esta era masiva, acompañada de cólico ureteral y seguida de anuria en el decimoséptimo día de terapia. Este caso fué prontamente aliviado por el cateterismo ureteral y el lavado de las pelvis renales. Declaran estos investigadores, que los efectos tóxicos de la sulfadiazina fueron relativamente leves e infrecuentes y que este producto es tan efectivo como cualesquiera de las ya conocidas sulfonamidas. En un resumen de 872 casos recogidos de los primeros informes clínicos, Findland[68] encontró hematuria en 1%, anuria en un caso, cristaluria en 11.7% y retención nitrogenada en 1.1%. Un segundo caso de anuria producida por la sulfadiazina fué informado por Thompson, Herrell y Brown[69] de la clínica Ma-

yo, que al igual que el caso anterior fué tratado con éxito mediante el cateterismo ureteral y el lavado de las pelvis renales. Estos expresan la opinión de que la administración de la sulfadiazina puede ocasionar cualesquiera de las reacciones observadas comunmente con agentes quemoterapéuticos que contienen la radical del compuesto matriz. Ellos creen que esta droga causa menos irritación gastrointestinal (náusea y vómitos) que los otros derivados de la sulfanilamida, pero dolor de cabeza, fiebre (drug fever), dermatitis y leucopenia han sido observados con igual frecuencia. Informes análogos de anuria producida por la sulfadiazina siguieron apareciendo[70-75], en algunos de los cuales el cateterismo ureteral con lavado pélvico fué empleado con éxito[70,72,75]. Peterson y Findland[70] han observado un caso así tratado satisfactoriamente y otro en el cual este procedimiento se aplicó tarde y resultó inefectivo. Bradford y Shaffer[71] informan uno en el cual la terapia de sulfadiazina para pulmonía pneumocóccica tipo 3 ocasionó supresión urinaria y muerte. En este caso solamente se administró el tratamiento conservador, que incluía oxígeno, solución glucosada salina intravenosa y pequeñas transfusiones de sangre y plasma. La cistoscopía e irrigación de las pelvis renales no fué practicada inicialmente cuando había disminución en la eliminación de orina y más tarde cuando sobrevino la anuria, la condición precaria del paciente hizo este procedimiento de valor dudoso. El examen postmortem de los riñones reveló depósitos de sulfadiazina acetilizada, y en el tejido renal, adyacente a estos, daño evidente que consistía en ulceración del epitelio de las pelvis renales y áreas de necrosis e intensa reacción inflamatoria. La droga precipitada se encontró también en los túbulos renales, algunos de los cuales estaban hinchados y descamados. Raines[73] informa un caso de obstrucción ureteral producido por la sulfadiazina, con restablecimiento de la secreción urinaria después del cateterismo ureteral pero muerte debido a toxemia, y Helwig y Reed[74] describen otro, en el cual no dió resultado alguno la cistoscopía con cateterismo ureteral e irrigación de las pelvis renales, y la administración de líquidos intravenosamente. La necropsia en este último caso demostró una degeneración severa de los túbulos convolutados renales similar a la que se observa en envenenamiento por el mercurio, lo que sugiere, según ellos, que la anuria producida por la sulfadiazina puede deberse a daño directo al tejido renal más bien que a obstrucción mecánica de los pasajes urinarios bajos. Hughes, Sayen y LaTowsky[76] observaron un caso en el cual verdaderos cálculos de sulfadiazina fueron recuperados de la orina. Recientemente Rottino y La Rotonda[77] informaron un caso fatal de urolitiasis medicamentosa producida por la sulfadiazina en el cual la muerte se debió a uremia causada por daño al parénquima renal así como a obstrucción bilateral de los ureteres por cristales de acetilsulfadiazina.

Después de este repaso de la literatura médica relacionada con las complicaciones renales producidas por los derivados de la sulfanilamida es nuestro propósito informar tres casos de anuria obstructiva producida por estas drogas; uno por la sulfapiridina, otro por una combinación de sulfatiazol y sulfadiazina y el último por la sulfadiazina.

Informe de Casos

Caso No. 1—C. S., varón, blanco, de 40 años de edad, enfermo con brocopneumonia, recibió desde la 1:15 p. m. julio 5, 1940 hasta las 4:30 a. m. julio 7, 1940, un período de unas 40 horas, un total de 25

tabletas (12½ gms.) de sulfapiridina. A las 2 a. m. de julio 7, tuvo un cólico renal derecho muy severo acompañado de hematuria y seguido de anuria. Los exámenes de laboratorio practicados ese día dieron el siguiente resultado: contaje celular blanco 9500 por mm. cu., 85% neutrófilos, 15% linfocitos. *Química de sangre*: urea nitrogenada 25 mg., nitrógeno no protéico 52 mg., ácido úrico 3.1 mg., creatinina 1.6 mg, indice ictérico 4.0 Sulfapiridina en la sangre 3 mg.%. *Presión Arterial*: sistólica 150, diastólica 80.

Llamado en consulta en julio 8, 1940 se hizo un diagnóstico tentativo de anuria obstructiva, y se recomendó cistoscopía con cateterismo ureteral, que se efectuó inmediatamente. Bajo anestesia local, se pasó el cistoscopio a la vejiga, la cual se encontró vacía. La mucosa vesical mostraba una congestión aguda generalizada, lo que evitaba buena visualización de los meatos ureterales. Con alguna dificultad, cateteres ureterales No. 6 fueron pasados hasta las pelvis renales y orina empezó a salir por éstos, sanguinolenta del lado derecho y clara del izquierdo. Muestras separadas de orina fueron recogidas para examen con el siguiente resultado: riñón derecho: orina sanguinolenta densidad 1.010, reacción ácida, albumina++, glucosa negativo, hematíes abundantes, no hay cilindros, epitelios, cristales, hebras mucosas ni detritus. Riñón izquierdo: orina transparente, reacción ácida, albúmina+, glucosa negativo, hematíes pocos, no hay cilindros, epitelios, cristales, hebras mucosas ni detritus. Después de esta intervención, el alivio sentido por el paciente fué rápido. Un paciente molesto, ansioso y gravemente enfermo con dolor en ambas regiones renales fué completamente aliviado en menos de 15 minutos. Se fijaron los cateteres y el paciente fué devuelto a su cama. Se administró líquidos en abundancia tanto parentéricamente como oral. Veinte y cuatro horas después del cateterismo ureteral la eliminación de orina era satisfactoria (más de 1500 cc.) y los cateteres fueron removidos. Exámenes de laboratorio subsiguientes dieron los siguientes resultados: *Química de sangre,* urea nitrogenada 15.41 mg. por 100 cc., nitrógeno no protéico 32.85 mg., cloruros 550 mg., ácido úrico 3.80 mg., creatinina 1.63 mg., glucosa 125 mg. *Hematología,* eritrocitos 4,960,000 por mm. cu., leucocitos 14,250, Hb. 98%, contaje diferencial: neutrófilos 86%, linfocitos 9%, monocitos 3%, eosinófilos 2. *Análisis de orina*: densidad 1,010, reacción alcalina, albúmina+, piocitos ocasionales, pocos hematíes, cilindros ninguno. *Presión arterial*: 120-70. El paciente fué dado de alta al noveno día de hospitalizado sintiéndose completamente bien.

Caso No. 2—J. B., varón, casado, blanco, 38 años de edad, con una pansinusitis aguda e infección en la boca, con escalofríos y una alta temperatura, había tomado 5 gramos de sulfatiazol y 13½ gramos de sulfadiazina en un período de 2½ días antes de ser admitido al hospital. El sulfatiazol le fué descontinuado debido a malestar general y náusea y le administraron entonces la sulfadiazina 2 tabletas cada 4 horas. Al segundo día de tomar esta medicación la fiebre había bajado y la dosis fué reducida a una tableta cada 4 horas. Al tercer día el paciente experimentó un ataque agudo de dolor en el flanco y cuadrante abdominal inferior derecho que requirió morfina ¼ grano 3 veces en 12 horas y aplicaciones locales de calor. Una placa radiográfica plana no reveló evidencia de cálculo opaco en el trayecto urinario. Un cateter pasado a la vejiga drenó solamente una pequeña cantidad de orina sanguinolenta que fué analizada y encontrada de reacción ácida, albúmina +++, glucosa negativo, piocitos 1 a 3 por campo, hematíes

enorme cantidad. Llamado en consulta recomendé cistoscopía con cateterismo ureteral lo que se practicó ese mismo día. La vejiga estaba completamente vacía y la mucosa vesical aparecía moderadamente hiperémica, especialmente en el trígono. El ureter izquierdo fué cateterizado con facilidad usando un cateter No. 6 por el cual salió orina clara. El ureter derecho fué cateterizado con alguna dificultad debido a marcada congestión del meato y una vez en la pelvis renal, el cateter empezó a drenar orina sanguinolenta continuamente, demostrando retención en ese lado. Los cateteres fueron fijados por 24 horas, al cabo de las cuales fueron removidos. Ese mismo día el paciente tuvo otro ataque de cólico renal derecho. Una investigación llevada a cabo reveló que un coágulo de sangre obstruía el meato ureteral de ese lado. Este fué desalojado cistoscópicamente con alivio inmediato del paciente. *Exámenes de laboratorio*: Química de sangre, 5-18-42; nitrógeno no protéico 54.8 mg. por 100 cc., creatinina 2.57 mg., ácido úrico 3.63 mg., glucosa 109 mg., cloruros 600 mg. 5-19-42 —urea nitrogenada 26.62, nitrógeno no protéico 54.54. 5-20-42—urea nitrogenada 15.88, nitrógeno no protéico 29.04. *Exámenes de orina*: 5-18-42 —orina sanguinolenta, reacción ácida, albúmina+++, glucosa negativa, piocitos 1 a 3 por campo, hematíes, enorme cantidad. 5-19-42 —color amarillo turbio, reacción alcalina, densidad 1.003, albúmina +, glucosa negativo, piocitos 15 a 20 por campo, numerosos hematíes. 5-21-42 —turbia, alcalina, densidad 1.007, piocitos 15 a 20 pr campo, hematíes numerosos, células epiteliales ocasionales. *Hematología*: 5-21-42 —leucocitos 25,920, linfocitos 21%, eosinófilos 6%, neutrófilos 73%. El paciente fué dado de alta en el noveno día de hospitalización completamente restablecido.

Caso No. 3—D. F. Z., varón, blanco, casado, edad 46 años, con eczema crónico de las manos tomó sulfadiazina, dos tabletas cada 4 horas durante el día y la noche hasta un total de 20 tabletas en un período de 36 horas, cuando empezó a sentir malestar general y dolor en los flancos y el bajo vientre. El dolor fué aumentando progresivamente y era acompañado primero de oliguria y luego de hematuria hasta que sobrevino una anuria completa. El examen físico demostró además de eczema de las manos, distensión abdominal y dolor al tacto profundo del abdomen y las áreas renales. Por lo demás, esencialmente negativo. El paciente da historia de haber pasado un cálculo renal hace muchos años. *Exámenes de laboratorio*: Hematología: Hb. 94%, eritrocitos 4,750,000, leucocitos 19,500, neutrófilos 85%, linfocitos 13%, monocitos 2%; *Kahn* negativo. *Heces fecales* negativo. *Química de sangre*: nitrógeno no protéico 49.80 mg. por 100 cc., urea nitrogenada 17.40 mg., ácido úrico 7.70 mg., creatinina 1.80 mg., cloruros 427.97 mg. por 100 cc.

Fuí llamado a ver a este paciente a quien se practicó inmediatamente la cistoscopía con cateterismo ureteral. La vejiga fué encontrada vacía y la mucosa vesical aparecía moderadamente congestionada. Pudimos observar concreciones cristalinas color ladrillo que sobresalían de cada meato ureteral. Un cateter No. 6 fué pasado en el lado derecho hasta la pelvis renal y orina turbia empezó a salir por éste continuamente y bajo marcada presión. Una muestra de esta orina recogida para examen fué informada color ambar, turbia, reacción ácida, densidad 1,005, alb. +++, glucosa negativo, piocitos muchos, numerosas hematíes, pocas células epiteliales, cristales de uratos amorfos. En el lado izquierdo fué imposible pasar la sonda ureteral más alta de 4 cms. Una placa radiográfica tomada demostró que en el lado derecho la

sonda había subido hasta la pelvis renal y que en el lado izquierdo no había signos radiológicos de depósitos de substancia opaca en el trayecto inferior del ureter. El cateter derecho fué fijado después de lavar la pelvis renal con solución salina estéril y el paciente fué devuelto a su cama. Se administraron líquidos en abundancia y bicarbonato de soda para alcalinizar la orina. Se dejó el cateter en sitio 48 horas, al cabo de las cuales se llevó nuevamente al paciente a la sala para un reexamen del lado izquierdo donde fué imposible pasar la sonda antes. Aprovechamos esta oportunidad para probar la función renal con el índigo carmín intravenoso y observamos la salida de este tinte del lado derecho en cinco minutos y en 4 minutos del lado izquierdo demostrando así no solamente tener buena función renal si que también había desaparecido la obstrucción ureteral en ambos lados. El paciente estuvo hospitalizado 7 días, al cabo de los cuales fué dado de alta.

Comentario

Experimentos en animales e informes clínicos demuestran que los derivados de la sulfanilamida (sulfatiazol, sulfapiridina y sulfadiazina) producen la mayor parte de sus efectos tóxicos sobre el riñón. Esta acción es principalmente resultado de las propiedades físico-químicas de estas drogas, esto es, su pobre solubilidad y su tendencia a acetilizarse con la formación de un compuesto menos soluble, por regla general, menos activo y más tóxico. Juega papel importante en esto, el hecho de que estos productos son eliminados casi en su totalidad por el riñón[70]. La reabsorción de agua en los túbulos renales dá por resultado una solución supersaturada de estos compuestos con precipitación subsiguiente de todo lo que está en exceso de lo que la orina puede mantener disuelto. Esta precipitación produce hematuria por la irritación (trauma o verdadera acción tóxica) causada por los cristales depositados bien en los túbulos o pelvis renales y anuria por obstrucción mecánica de túbulos o ureteres. Siendo éste el mecanismo de la producción de daño renal por estas drogas parece lógico que la administración simultánea de grandes cantidades de líquidos es una importante medida profiláctica para evitar estas complicaciones renales. Así, Lehr y Antopol[78] señalan que la producción de cristales urinarios característicos cuando se administran estas drogas no ocurre con orinas altamente diluídas y que una orina alcalina también inhibe la producción de cristales. Es un dato interesante, el que la mayoría de los casos en los cuales han ocurrido complicaciones renales durante la terapia con las sulfonamidas tenían una orina ácida. Esto pudimos observarlo en los tres casos que acabamos de informar. En 10 casos informados por Kawaichi y Barnes[33] la orina fué encontrada ácida en todos. Estos investigadores recomiendan alcalinización para evitar complicaciones renales. La misma opinión ha sido expresada por Sunderman, Pepper y Benditt[79]. Schwartz, Flippin, Reinhold y Domm[80] encontraron menos cristales en la orina de pacientes que tomaban bicarbonato de soda con estas drogas y Curtis y Sobin[81] demostraron que la acetilsulfapiridina y más particularmente el acetilsulfatiazol aumentan en solubilidad según aumenta el pH urinario en alcalinidad sobre 7. La presencia de cristales de sulfonamidas en la orina de pacientes bajo terapia con estas drogas no es una indicación para descontinuar la misma a menos que oliguria, hematuria, una albuminuria que aumenta o una retención nitrogenada que sube sugieran que hay trastorno renal. El nivel de la droga en la san-

gre no determina el grado de precipitación de cristales ni tampoco si esta ha de ocurrir. Prien, Crabtree y Frondel[53] informan que algunos casos con serio trastorno renal no demuestran cristales en la orina ni tampoco en el examen postmortem de los riñones. Un método simple y efectivo de descubrir daño renal temprano es midiendo la eliminación diaria de orina que debe ser sobre 1,500 cc. Cuando la cantidad de líquido ingerido es satisfactorio (3,000 cc. o más), una oliguria que aumenta especialmente si está acompañada de hematuria y dolor lumbar, requiere la descontinuación inmediata de la droga y la administración de líquidos en abundancia bien por boca o vena, alcalinización y calor lumbar. Si la oliguria progresa a pesar del tratamiento conservador ya apuntado, o si el paciente tiene anuria cuando se vé por primera vez, la cistoscopía con cateterismo ureteral con o sin lavado de las pelvis renales es el método más seguro para aliviar la obstrucción mecánica. Este procedimiento sin embargo puede fracasar si la anuria se debe a obstrucción intrarenal. Smith, Evelyn y Nolan[82] señalan que la administración masiva de líquidos no debe ser continuada una vez que la función renal esté obviamente comprometida en vista de la hidronefrosis que se ha encontrado en estos casos tanto en la sala de operaciones como en la mesa de autopsia. Con el restablecimiento de la secreción urinaria, sin embargo, la administración adecuada de líquidos debe ser mantenida. El cateterismo bilateral se recomienda como una rutina en estos casos pero si hubiese dificultades técnicas, debe recordarse que el cateterismo de un solo ureter ha tenido éxito en restablecer la secreción de orina de ambos riñones puesto que la obstrucción puede depender en parte de espasmo reflejo de la pared ureteral. El cateter o los cateteres deben dejarse en sitio hasta que la eliminación de orina sea satisfactoria.

Conclusiones

1.—Hemos presentado tres casos de anuria obstructiva producida una por sulfapiridina, otra por una combinación de sulfatiazol y sulfadiazina y la última por sulfadiazina y se ha repasado la literatura médica relacionada con estas complicaciones.

2.—En nuestros casos la orina fué encontrada ácida.

3.—Cuando se recetan estas drogas, el médico debe estar alerta para reconocer y tratar a tiempo cualquier complicación que pueda presentarse.

4.—La cistoscopía con cateterismo ureteral practicada en los tres casos informados resultó ser una medida salvadora.

BIBLIOGRAFIA

1—*Marshall, E. K., Jr., Cutting, W. C.* and *Emerson, K., Jr.*, Toxicity of sulfanilamide, J.A.M.A. 110: 252-257, Jan. 22, 1938.

2—*Molitor, H., and Robinson, H.*, Some pharmacological and toxicological properties of sulfanilamide and benzylsulfanilamide, J. Pharmacol. & Exper. Therap. 65: 405-423, April, 1939.

3—*Stewart, J. D., Rourke, G. M.*, and *Allen, J. G.*, Excretion of sulfanilamide, J.A.M.A. 110:1885-1887, June 4, 1938.

4—*Antopol, W.*, and *Robinson, H.*, Urolithiasis and renal pathology after oral administration of 2 (sulfanilylamino) pyridine (sulfapyridine), Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 40: 428-430, March, 1939.

5—*Antopol, W.*, and *Robinson, H. J.*, Pathologic and histologic changes following oral administration of sulfapyridine, with short note

on sodium sulfapyridine, Arch. Path. 29: 67-76, Jan., 1940.

6—*Oakley, C. L.*, Note on "prontosil" —poisoning in mice, Biochem. J. 31: 729-730, May, 1937.

7—*Lawrence, W. A.*, International Review of recent advances in Medicine, Wash. D. C., Washington Inst. of Med., 1939, Vol. 5, pag. 48.

8—*Southworth, H.*, and *Cooke, C.*, Hematuria, abdominal pain and nitrogen retention associated with sulfapyridine, J.A.M.A., 112: 1820-1821, May 6, 1939.

9—*Gross, P., Cooper, F. B.*, and *Lewis, M.*, Urinary concretions caused by sulfapyridine, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 40: 448-449, March, 1939.

10—*Molitor, H.*, and *Robinson, H.*, Toxic manifestations after oral administration of sodium and sulfapyridine, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 41: 409-410, June, 1939.

11—*Toomey, J. A.*, Urinary concretions and sulfapyridine, J.A.M.A. 113: 250-251, July 15, 1939.

12—*Marshall, E. K., Jr.*, and *Litchfield, J. T., Jr.*, Some aspects of pharmacology of sulfapyridine, Tr. A. Am. Physicians 54: 154-156, 1939.

13—*Snapper, I.*, and *others*, Hematuria, renal colic and acetylsulfapyridine stone formation associated with sulfapyridine therapy, Chinese M. J. ,56: 1-10, July, 1939.

14—*Adalja, K. V.*, Hematuria following M. & B. 693, Brit. M. J. 1: 643, March 25, 1939.

15—*Hodes, H. L., and others*, Use of sulfapyridine in primary pneumococcic pneumonia and in pneumococcic pneumonia associated with measles, J. Pediat. 14: 417-446, April, 1939.

16—*Tsao, J. F., and others*, Renal complication in sulfapyridine therapy; report of five cases with one death, J.A.M.A. 113: 1316-1319, Sept. 30, 1939.

17—*Long, P. H.*, and *Wood, W. B., Jr.*, Observations upon experimental and clinical use of sulfapyridine; treatment of pneumococcal pneumonia with sulfapyridine, Ann. Int. Med. 13: 847-512, Sept., 1939.

18—*Hodes, H. L., Gimbel, H. S.*, and *Burnett, S. W.*, Treatment of pneumococcic meningitis with sulfapyridine and sodium salt of sulfapyridine, J.A.M.A. 113: 1614-1619, Oct. 28, 1939.

19—*Plummer, N.*, and *Ensworth, H. K.*, Sulfapyridine in treatment of pneumonia, J.A.M.A. 113: 1847-1854, Nov. 18, 1939.

20—*Keen, M. R.*, Sulfapyridiue urolithiasis, New York State J. Med. 40: 83-87, Jan. 15, 1940.

21—*Carroll, G., Shea, J.*, and *Pike, G.*, Complete anuria due to crystalline concretions following use of sulfapyridine in pneumonia, J.A. M.A. 114: 441-412, Feb. 3, 1940.

22—*Plummer, N.*, and *McLellan, F.*, Production of sulfapyridine renal calculi in man following administration of sulfapyridine, J.A.M.A. 114: 943-946, March 16, 1940.

23—*Stryker, W. A.*, Nature of renal lesion with sulfapyridine therapy, J.A.M.A. 114: 953-954, March 16, 1940.

24—*Antopol, W.*, Occurrence of urologic complications in humans following sulfapyridine therapy, J. Urol. 43: 589-597, April, 1940.

25—*Brown, W. H., Thorton, W. B.*, and *Wilson, J. S.*, Evaluation of clinical toxicity of sulfanilamide and sulfapyridine, J.A.M.A. 114: 1605-1611, April 27, 1940.

26—*Flippin, H. F., Sehwartz, L.*, and *Rose, S. B.*, Comparative effectiveness and toxicity of sulfathiazole and sulfapyridine in pneumococcic pneumonia, Anu. Int. Med. 13: 2038-2049, May, 1940.

27—*Scurry, M. M.*, and *Whittenborg, M. H.*, Case report of urinary obstruction due to crystalline concretions following sulfapyridine therapy in pneumonia, Ann. Int. Med. 13: 2164-2166, May, 1940.

28—*Spink, W. W.*, and *Hansen, A. E.*, Sulfathiazole: clinical evaluation, J.A.M.A. 115: 840-847, Sept. 7, 1940.

29—*Sadusk, J. F., Jr., Waters, L. L.* and *Wilson, D.*, Treatment of anuria due to sulfapyridine calculi, J.A.M.A. 115: 1968-1973, Dec. 7, 1940.

30—Dourmashkin, R. L., and Worton, M., Anuria due to complete bilateral ureteral impaction with concretions following the use of sulfapyridine in pneumonia, New York State J. Med. 41: 146-149, Jan. 15, 1941.

31—*Spence, H. M.*, Hematuria, renal colic and complete auuria following administration of sulfapyridine, Brit. J. Urol. 13: 16-20, March, 1941.

32—*Wilson, C. L.*, and *Billingsley, C. B.*, Anuria for 96 hours in 2 years old infant following sulfapyridine therapy, J.A.M.A. 117: 285-286, July, 1941.

33—*Kawaichi, G. K.*, and *Barnes, R. W.*, Urinary

calculi from sulfonamides. Report of six cases from sulfapyridine, three from sulfathiazole and one from combination of both, Urol. & Cutan. Rev. 45: 447-481, Aug., 1941.

34—*Laird, S. M.*, Renal complications of sulfapyridine therapy. The Lancet 2: 272-275, Sept. 6, 1941.

35—*Letcher, H. G.*, Renal complications of sulfapyridine, Brit. M. J. 2: 336-337, Sept. 6, 1941.

36—*Fogel, M.*, Treatment of pneumonia with sulfapyridine, New York State J. Med. 41: 122-125, Jan. 15, 1941.

37—*King, A. J.*, and *Williams, D. I.*, Intensive treatment of gonorrhea and non-specific urethritis with sulfapyridine, Brit. J. Ven. Dis. 17: 202-229, July-Oct. 1941; also, J. Roy. Army M. Corps 77: 72-86, Aug., 1941.

38—*Ravid, J. M.*, and *Chesner, V.*, Fatal case of hemolytic anemia and nephrotic uremia following sulfapyridine administration, Am. J. M. Sc. 199: 380-385, March, 1940.

39—*Tragerman, L. J.*, and *Goto, J. M.*, Fatal reactions to administration of sulfonamide drugs; report of 5 cases, J. Lab. & Clin. Med. 25: 1163-1176, Aug., 1940.

40—*Fosbinder, R. J.*, and *Walter, L. A.*, Sulfanilamido derivates of heterocyclic amines, J. Am. Chem. Soc. 61: 2032-2033, Aug., 1939.

41—*Lott, W. A.*, and *Bergeim, F. H.*, 2-(p-Aminobenzenesulfonamido)-thiazole: a new chemotherapeutic agent, J. Am. Chem. Soc. 61: 3593-3594, Dec., 1939.

42—*Van Dyke, H. B., Greep, R. O., Rake G.*, and *McKee, C. M.*, Observations on toxicology of sulfathiazole and sulfapyridine, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 42: 410-416, Nov., 1939.

43—*Rake, G., Van Dyke, H. B.*, and *Corwin, W. C.*, Pathologic changes following prolonged administration of sulfathiazole and sulfapyridine, Am. J. M. Sc. 200; 353-362, Sept., 1940.

44—*Gross, P., Cooper, F. B.*, and *Scott, R. E.*, Urolithiasis medicamentosa, Urol. & Cutan. Rev. 44; 205-209, April, 1940.

45—*Lehr, D., Antopol, W.*, and *Churg, J.*, Massive "acute" precipitation of free sulfathiazole in urinary tract, Science 92: 434-435, Nov. 8, 1940.

46—*Pepper, D. S.*, and *Horack, H. M.*, Crystalline concretions in renal tubules following sulfathiazole therapy: Am. J. Med. Sc. 199: 674-679, May, 1940.

47—*Arnett, J. H.*, Hematuria from sulfathiazole therapy in pneumonia, J.A.M.A. 115: 362-363, Aug. 3, 1940.

48—*Garvin, C. F.*, Renal complications due to sulfathiazole, J.A.M.A. 116: 300-301, Jan. 25, 1941.

49—*Knoll, A. F.*, and *Cooper, F. B.*, Clinical urolithiasis medicamentosa due to sulfathiazole, Urol. & Cutan. Rev. 44: 292-294, May, 1940.

50—*Caroli, G., Kappel, L.*, and *Lewis, B.*, Sodium sulfathiazole. Clinical study, J. Urol. 47: 209-218, March, 1942.

51—*Long, P. H.*, Thiazole derivatives of sulfanilamide: sulfathiazole and sulfamethylthiazole, J.A.M.A. 114: 870-871, March 9, 1940.

52—*Loewenberg, S. A., Sloane, N. G.*, and *Chodoff, P.*, Sulfathiazole urinary calculi in kidneys, ureters and bladder in absence of marked urinary changes following sulfathiazole therapy, J.A.M.A. 115: 2069-2071, Dec. 14, 1940.

53—*Prien, E. L., Crabtree, E. G.*, and *Frondel, C.*, Mechanism of urinary tract obstruction in sulfathiazole therapy; identification of crystals in tissue by polarized light, J. Urol. 46: 1020-1032, Nov. 1941.

54—*Seligman, B.*, Renal suppression following sulfathiazole; case presentation, Urol. & Cutan. Rev. 45: 753-754, Dec., 1941.

55—*Lindner, H. J.*, and *Atcheson, D. W.*, Sulfathiazole crystallization in kidney, J. Urol. 47: 262-266, 1942.

56—*Roblin, R. O., Jr., Williams, J. H., Winnek, P. S.*, and *English, J. P.*, Chemotherapy: some sulfanilamide heterocycles, J. Am. Chem. Soc. 62: 2002-2005, Aug., 1940.

57—*Feinstone, W. H., and others*, Toxicity, absorption and chemotherapeutic activity of 2-sulfanilamidopyrimidine (sulfadiazine), Bull. Johns Hopkins Hosp. 67: 427-456, Dec., 1940.

58—*Plummer, N.*, and *Ensworth, H. K.*, Absorption and excretion of sulfadiazine, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 45: 734-138, Nov. 1940.

59—*Reinhold, J. G., Flippin, H. F., Schwartz, L.*, and *Domm, A. H.*, Absorption, distribution and excretion of 2-sulfanilamido pyrimidine (Sulfapyrimidine, sufadiazine) in man, Am. J. M. Sc. 201: 106-115, Jan., 1941.

60—*Peterson, O. L., Strauss, E. Taylor, F. H. L.*, and *Findland, M.*, Absorption, excretion and distribution of sulfadiazine (2-sulfanilamidopyrimidine), Am. J. M. Sc. 201, 357-367, March, 1941.

61—*Sadusk, J. F., Jr.*, and *Treadway, J. B.*, Ob-

servation on absorption, excretion, diffusion, and acetylation of sulfadiazine in man, Yale J. Biol. & Med. 13: 539-556, March, 1941.

62—*Lehr, D.*, and *Antopol, W.*, Toxicity of sulfadiazine and acetylsulfadiazine in albino rats with special reference to renal lesions and their significance, Urol. & Cutan. Rev. 45: 545-554, Sept. 1941.

63—*Gross, P., Cooper, F. B.*, and *Hagan, M. L.*, Urolithiasis medicamentosa caused by sulfadiazine, Am. J. Clin. Path. 11: 885-889, Dec. 1941.

64—*Flippin, H. F., Rose, S. B., Schwartz, L.*, and *Domm, A. H.*, Sulfadiazine and sulfathiazole in treatment of pneumococcic pneumonia. Progress report on 200 cases, Am. J. M. Sc. 201: 585-592, April, 1941.

65—*Plummer, N.*, Conference on therapy. Treatment with sulfonamide drugs, New York State J. Med., Feb. 1, 1942.

66—*Long, P. H.*, Sulfadiazine; 2-sulfanilamidopyrimidine analogue of sulfanilamide, J.A.M.A. 116: 2399-2400, May 24, 1941.

67—*Findland, M., Strauss, E.*, and *Peterson, O. L.*, Sulfadiazine; therapeutic evaluation and toxic effects on four hundred and forty-six patients, J.A.M.A. 116: 2641-2647, June 14, 1941.

68—*Findland, M.*, Medical progress; chemotherapy of pneumonia with special reference to present status of sulfadiazine, New Eng. J. Med. 225: 187-195, July 31, 1941.

69—*Thompson, G. J., Herrell, W. E.*, and *Brown, A. E.*, Anuria after sulfadiazine therapy, Proc. Staff Meet., Mayo Clin. 16: 609-612, Sept. 24, 1941.

70—*Peterson, O, L.*, and *Findland, M.*, Urinary tract in sulfonamide therapy, Am. J. M. Sc. 202: 757-772, Nov., 1941.

71—*Bradford, H. A.*, and *Shaffer, J. H.*, Renal changes in a case of sulfadiazine anuria, J. A.M.A. 119: 316-318, May 23, 1942.

72—*Schulter, J. W., Shidler, F. P.*, and *Niebauer, J. J.*, Acute urinary suppresion following sulfadiazine therapy, J.A.M.A. 119: 411-413, May 30, 1943.

73—*Raines, S. L.*, Ureteral obstruction following use of sulfadiazine, J.A.M.A. 119: 496-497, June 6, 1942.

74—*Hellwig, C. A.*, and *Reed, H. L.*, Fatal anuria following sulfadiazine therapy, J.A.M.A. 119: 561-563, June 13, 1942.

75—*Keitzer, W. A.*, and *Campbell, J. A.*, Renal complications of sulfadiazine, J.A.M.A. 119: 701-703, June 27, 1942.

76—*Hughes, P. B., Sayen, J. J.*, and *La Towsky, L. W.*, Sulfadiazine calculi in urinary tract, J. Urol. 47: 274-276, March, 1942.

77—*Rottino, A.*, and *La Rotonda, O.*, Fatal human case of urolithiasis medicamentosa caused by sulfadiazine. J. Urol. 48: 310-317, Sept. 1942.

78—*Lehr, D.*, and *Antopol, W.*, Typical urinary crystals of 3 sulfanilamide derivates produced in vitro, Science 94: 282-283, Sept. 19, 1941.

79—*Sunderman, F. W.*, and *Pepper, D. S.*, Sulfathiazole in blood and urine. Am. J. M. Sc. 200: 790-795, Dec., 1940.

80—*Schwartz, L., Flipping, H. F., Reinhold, J. G.*, and *Domm, A. H.*, Effect of alkali on crystalluria from sulfathiazole and sulfadiazine, J.A.M.A. 117: 514-515, Aug. 16, 1941.

81—*Curtiss, A. C.*, and *Sobin, S. A.*, Solubility of acetylsulfapyridine and acetylsulfathiazole in urine, Ann. Int. Med. 15: 884-889, Nov., 1941.

82—*Smith, E., Evelyn, K. A.*, and *Nolan, J. F.*, Anuria caused by sulfapyridine therapy (report of a case successfully treated by operation), Canad. M. A. J. 42: 27-29, Jan., 1940.

AVERTIN-ETHER ANESTHESIA IN CASES OF BILIARY TRACT SURGERY WITH REMARKS ON ADMINISTRATION

A Brief Review of Anesthetic Agents Commonly Employed in Biliary Tract Surgery with Special Reference to the Combination of Avertin-Ether

CARL S. WILLIAMSON, Colonel, Medical Corps*

From the time of Long and his contemporaries until today great strides have been made in the production and administration of anesthetic drugs. Despite these advances, however, the selection of the proper anesthetic drug for cases about to be operated upon for biliary tract disease still constitutes one of the important problems in these operations. In fact the importance of the problem is so great that I propose to discuss it at some length, in the hope that the observations made at the bedside, and the operating table will be of some value in bringing to your attention again an anesthetic preparation which should enjoy wider usage than it does.

Prior to the work of Crawford W. Long in the little country town of Athens, Georgia, in 1842, the surgeons of the period were little concerned about the anesthetics available for a particular type and kind of operation. Anesthesia in those days was somewhat like Gunga Din's uniform —nothing much before and something less than half of that behind. But from the time of Long and his contemporaries until the present rapid progress has been made in the production of new anesthetic drugs and in their application to clinical uses. To attempt a discussion of all the chemical agents that have been used to produce anesthesia and of those which might be of value in biliary tract surgery is far beyond the scope of a paper such as this. Instead only the more commonly used local and general anesthetics in relation to this branch of surgery will be discussed.

For purposes of discussion the commonly used anesthetic agents can be divided into two main groups: First, the local group which produce their anesthetic reaction when applied topically or when injected into the part, thereby producing the desired effect through a combination of infiltration and nerve block, and second, the general anesthetics which, through absorption into the body system produce their reaction by rendering the subject unconscious. The period of anesthesia or unconsciousness in general anesthesia is, of course, under the control of the anesthetist and can be deepened or lessened, prolonged or shortened, as desired. Each of these two great groups of drugs has contributed to the sum total of man's happiness and has made his operative problems more in keeping with the better concepts of humanity.

Each type of anesthesia has its uses, and when applied to its indications meets the required minimum standards of safety to the patient —relief from the pain of operation and adequate surgical relaxation. The fact that new anesthetics are being frequently put forward and that the administration of the old ones is frequently modified is ample proof that the perfect, all-purpose anesthetic agent has not yet been produced.

In the field of local anesthesia great progress has been made in recent years,

* Area Surgeon, VI Air Force Service Command.

but this progress, except for the popularization of spinal anesthesia, has been of little value to the surgeon in his work on the biliary tract. Local infiltration and segmental block anesthesia in the vicinity of the liver and its appendages have little value in biliary tract surgery because of the anatomical relationships that exist in this area of the body. The result is that local or segmental block anesthesia is rarely resorted to in surgery of this type.

About ten years ago the value of spinal anesthesia was repopularized. It had been previously used and abandoned by all but the most fearless surgeons because of the inherent dangers in connection with its use. At the time of its rejuvenaton novocain in a less toxic form had been made available, and it was felt that the complications which were encountered with the formerly used drugs would be minimized or avoided. Stovaine, a highly toxie drug, was the most popular agent used for spinal anesthesia prior to the introduction of novocain but the incidence of complieations including anesthetic deaths from this drug was not conducive to widespread use. However, when a relatively non-toxic novocain became available the old dilemma of toxicity on the one hand and surgical advantages on the other seemed reconciled, and as a result a wave of enthusiam for the routine use of spinal anesthesia in all types of abdominal surgery spread rapidly. Because of the inherent technical difficulties in biliary tract surgery and the poor operative risks frequently encountered in this great group of patients, the complete relaxation and the apparent safety of the method commended its use highly. But like many other milestones in medical progress its use was abused in some instances through improper use and administration, and as a result its popularity waned. Experience has indicated that the expected advantages of reduced pulmonary complications were unjustified. Comparative studies of chest complicatons following the administration of spinal anesthesia and general anesthesia show that slightly fewer such complications develop in the cases following the use of general anesthesia.

In addition to failing to reduce pulmonary complications certain impressive difficulties have arisen with regard to controlling the level of anesthesia after the novocain has been administered. When the anesthetic agent has been introduced into the spinal canal it passes from the direct control of the surgeon. The die is cast and while certain precautions are taken routinely to prevent the development of collapse and respiratory failure, increasing experience indicates that these complications develop frequently enough to be of concern to the careful surgeon. It is impossible to determine which patients will react unfavorably to the drug before it has been administered. After administration it may be too late to do much in the way of resuscitation. The advantages of complete relaxation, such as follows from the application of spinal anesthesia, does much to lighten the burden of the surgeon but this is hardly of sufficient importance to justify the routine use of spinal anesthesia in biliary tract surgery when other equally satisfactory and safer anesthetic agents are available.

Coincident with the rediscovery of spinal anesthesia new anesthetic gases were developed. Ethylene, the first to be developed, has through the test of time proven a safe anesthetic so far as patient safety is concerned but unsatisfactory from the standpoint of surgical relaxation except when combined with some other agent such as ether. Because of difficulties in administration and because of its potential-

ly explosive properties this anesthetic has not gained the widespread popularity that it deserves.

Cyclopropane, a relatively new member of the gas family, has proven a most satisfactory anesthetic either alone or in combination with ether, but it too has the disadvantage of requiring an expert anesthetist. It is, in addition, highly inflammable. Both these characteristics make the widespread use of this gas difficult or impossible in the small and poorly staffed hospital, which for the most part are unimportant in the larger hospitals. As a result the benefits of this agent are lost to a large group of surgical patients who must seek surgical relief in less favorable surroundings.

Since the dawn of modern anesthesia in 1842 anesthetic agents have come up in a cloud of glory and many instances have sunken in the turbulence of scientific progress "like the snowfall in the river —a moment white and then gone forever." But ether, the old reliable anesthetic used alike by the neophyte in the country shack and the expert in the palatial hospitals of great cities, has managed to hold its own and continue to keep abreast with all the newer agents. Ether as an anesthetic agent has definite limitations and some rather bad characteristics. Taken as a whole, however, I believe that we are safe in saying that should we today be deprived of all anesthetic agents but one, ether would be the choice of most experienced surgeons. In biliary tract surgery ether was long the anesthetic of choice, and great strides were made in improving the technical side of this type of surgery when it was to all intents and purposes the only suitable anesthetic agent. Yet it still remains unpleasant to take, fails to produce good relaxation in some instances, produces certain amount of pulmonary irritation upon occasion and causes many patients to be nauseated after its administration. In an attempt to overcome these shortcomings ether, being a versatile agent, has been combined with almost every type of anesthetic agent. In a great many instances the combination of ether with another agent has produced a superior anesthetic product often better than either of the parent agents. One of these combinations which in my own experience has proven most satisfactory in a large series of biliary tract operations has been the combination of avertin with ether. This combination has the advantages of relative safety, good surgical relaxation and almost complete freedom from post-anesthetic discomfort. Patients like it and quickly pass along the information about it to their friends who are about to undergo an operation.

When a patient, about to undergo an operation for the relief of cholecystic disease, enters the hospital it is presumed that the customary preoperative measures of a thorough physical assay have been made, and that an attempt has been made to evaluate the amount of liver damage that exists and also that the glucose reserve of the body has been brought up to a point of safety by the administration of a high carbohydrate diet consisting of generous amounts of plain stick candy and fortified if necessary by the administration of adequate amounts of glucose solution intravenously.

All of these things having been done and the time for operation settled, the course of events to come are divided into three elements: (a) those prior to the administration of the anesthetic, (b) those during the operation, and (c) those after the patient returns to his bed and until he awakens. Sometime during the day preceding the operation the patient is

weighed. This is usually done when the operative field is being prepared. The weight is carefully recorded for use next day.

Preoperative medication consists of codeine sulphate gr. ½ the evening before operation. This drug has been found to provide a quiet restful sleep and does not tend to depress respiration during the period of anesthesia. Sedatives of the barbiturate family should be avoided in all preoperative medication in which it is intended to use avertin-ether as the anesthetic. On the day of operation a hypodermic injection of morphine and atropine are given 60 to 75 minutes before the avertin is to be administered. The amount of morphine administered depends upon the size of the patient, but is never less than 1/8 grain nor more than 1/4 grain, while the usual dose of atropine sulphate is 1/150 grain.

Knowing the weight of the patient it is easy to calculate the amount of avertin solution necessary to provide a satisfactory basal anesthesia. In general it can be stated that 70 to 80 milligrams of avertin per kilo of body weight is the optimum dose. Experience has proven that in exceedingly obese individuals the calculated dose of avertin should not be used, and I have made it a rule never to administer more than 5 cc. of the solution to a female patient nor more than 6½ cc. of the solution to a male patient regardless of the calculated weight requirements. The estimated dosage requirements in relation to the patient's weight and the amount of water necessary to dilute the dosage of avertin are shown on a table that accompanies the avertin solution and along with this are instructions about preparing the solution and checking it for toxicity. The solution is slowly introduced into the rectum of the patient by means of a urethral catheter 15 to 20 minutes before the scheduled time of operation. Usually the patient falls into a quiet peaceful sleep during the time that the fluid is being injected. Sometimes an interval of 5 to 10 minutes elapses before sleep comes but this is unusual. The patient must never be unattended from the time that the avertin is given until consciousness returns after the operation. Particular attention must be given to preventing the tongue from dropping backward and occluding the trachea. Usually turning the head to one side or the other is all that is necessary but in some cases it is necessary to hold the jaw forward or to grasp the tongue with a forceps and pull it forward. These maneuvers are usually only necessary in profound avertin anesthesia such as comes from dosages calculated to produce surgical anesthesia, although occasionally doses of 70 to 80 milligrams of avertin per kilo of body weight will produce surgical anesthesia in susceptible individuals.

As soon as the patient falls asleep he can be transferred immediately to the operating room and when necessary the transfer can be effected even before sleep has occurred. Repeated questioning of individuals who have been thus transferred has revealed that regardless of how wide awake they may seem at this stage of the anesthesia they never remember any of the events connected with going to the surgery. In fact I have been repeatedly asked by patients operated upon several hours previously, "when were they going to be operated upon", and no amount of discussion could convince them that their ordeal had come and had been passed safely.

As the anesthetist gains experience with cases in which avertin has been used as a basal anesthetic, she is easily able to evaluate the degree of anesthesia and to supplement the avertin by means of ether.

Except in the most refractory cases it is rarely necessary to administer more than 3 ounces of ether during the course of the entire operation. The anesthetist has a full time job when avertin-ether anesthesia is being used and must continually observe the patient's respiration to be sure that the airway is unobstructed. Respiration in these cases is always shallow but this is not cause for worry so long as the patient is watched closely and there is no blockage of the airway. The color of the blood gives an accurate guide as to the respiratory status and should, in this as well as in all other types of anesthesia, be noted carefully and prompt measures taken to prevent or correct any undue cyanosis.

After the operation has been completed and the patient returned to his bed, it is important that he be constantly watched until sufficiently awake to prevent any respiratory obstruction developing. Consciousness in cases having had avertin-ether anesthesia is slow in returning, which in my opinion is desirable for the first hours after operation. This helps to reduce postoperative discomfort materially and contributes to the smoothness of convalescence.

The contra-indications for this type of anesthesia are extreme toxicity, senility, debility and nephritis. In other words, they differ but little from those of any other anesthetic.

The outline of a method for handling the anesthesia problem in biliary tract surgery is given in the hope that it will prove of value to those of you who do this difficult type of surgery, and I might mention that in my own experience it has also proven a very satisfactory anesthesia for practically all types of general surgery. Particularly is it of value with children since the fear and struggles attendant upon induction are entirely banished.

Case-finding efforts in adolescence and early adult life should be directed toward persons having recent household contact with sputum-positive tuberculosis. Prolonged supervision of persons exposed during childhood is not indicated unless household exposure is continued or recurs in adult life. H. L. Israel, M. D. and H. DeLien, M. D. Amer. Jour. Pub. Health. Oct. 1942.

Let us be warned that tuberculosis still shows no sign of adopting the forty-hour week. Charles E. Lyght, M. D. Amer. Rev. of Tbc. Sept., 1942.

HEMORRAGIA SUBDURAL*

NESTOR DE CARDONA, M. D.

Aguadilla, P. R.

Cuantas veces, en nuestro trabajo diario, nos damos cuenta de la ley no escrita de secuencia, de similitud de observaciones, y de igualdad de casos patológicos, que aparentemente se agrupan en diferentes épocas del año. Recordamos que si encontramos en nuestro trabajo diario una enfermedad o un caso patológico comparativamente raro, en días, en semanas o meses venideros vienen dos o tres más de igual naturaleza, y después pueden pasar años sin que observemos esa misma entidad patológica. Aún en enfermedades y situaciones comunes observamos cierta similitud de características en algunas témporas del año. Es una ocurrencia frecuente en la vida de los hospitales, que si se presentan, por ejemplo, apendicitis sumamente agudas, de cortas horas de duración, pero que sin embargo el mesenterio enseña vasos trombóticos, y el apéndice se gangrena en su extremidad, y hasta se fascela en muy pocas horas, por la virulencia de las bacterias que lo invaden, podemos estar seguros que en días venideros habremos de observar un número de casos exactamente iguales, de infecciones estreptocóccicas, virulentas, y que causan estragos en el apéndice en corto período de tiempo. Sin embargo, en otras épocas, notamos casos de apendicitis sumamente benignos, que al extirparlos notamos solamente ligera congestión de los capilarios del apéndice, y un ligero color sonrosado de este órgano, denotando una infección benigna y hasta catarral, como suele decirse, en su aceptación más liviana. Seguida vendrán en días y semanas, otras apendicitis igualmente benignas, y hasta halagadoras para el cirujano.

Lo que en mi clínica sobresale, en esta ley de secuencia y en estos últimos meses, han sido tres casos de distinto origen, pero de igual patología. Han sido tres casos de hemorragia crónica subdural o sea hematoma subdural. Aunque sea ligeramente, voy a hablarles sobre ellos porque tengo idea que muchos más habrán de venir con los accidentes de la guerra, y muchos aparecerán años después del presente conflicto. La guerra moderna causa estragos por la violencia de los bombardeos aéreos, y por lo mortífero de las armas de hoy día. Las bombas aéreas son mucho más potentes. Su detonación es terrible, y los efectos por los cambios bruscos en la presión atmosférica y en la presión dentro del cuerpo, causan graves trastornos en la circulación en el cráneo, y en el pecho. Las balas de cañones de alta velocidad producen mayores derrumbamientos y más graves consecuencias. Los síndromes de *"shell-shock"* y de *"bomb-concusion"* producen patología muy parecida a la que voy a discutir, aunque los tres casos míos son casos de accidentes de la vida diaria. Ligeramente voy a explicarles la clínica de mis tres casos:

Informe de Casos

1—H. F., hombre blanco de 57 años de edad, que sufrió un accidente de automóvil recibiendo una ligera contusión en el lado izquierdo del cráneo, y la fractura compuesta y conminuta de la tibia y del

* Leído en la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla, Mayo 30, 1943.

peroné, por su tercio inferior. Este paciente fué hospitalizado, por su fractura, la que se le redujo inmediatamente con anestesia local, y luego se le inmovilizó en yeso. Su período post-traumático fué sin novedad alguna, la fractura uniéndole satisfactoriamente, y a los tres meses este paciente ya caminaba con una muleta. Durante las últimas semanas de su convalescencia empezó a notar dolores fuertes de cabeza, sensaciones de vértigos al levantarse. Empezó a notar cierta debilidad muscular del cuerpo entero y sensación de fatiga y de irritabilidad. Perdió el apetito, comenzó a perder peso y a ponerse algo pálido. Como todos estos síntomas persistieron a pesar de nuestro cuidado, se le practicó un examen radiográfico del cráneo, con resultado negativo. Se le practicó una punción lumbar. Líquido céfalo raquídeo salió ligeramente coloreado y amarillo. Su presión aumentada considerablemente. Una segunda punción a los tres días, aún enseñaba aumento en la presión intracraneal. Entonces después de afeitarle todo el cráneo y después de esmerada "*toilette*", y con morfina, seconal y novocaína al 1%, se le practicó una incisión horizontal en la región parietal izquierda, y a través de la incisión, una trepanación pequeña de exploración con el *burr* de Cushing. Al llegar a la dura, la notamos un poquito más apretada que lo normal. Se le practicó una incisión también horizontal, a la dura, y por el ojal así abierto, notamos una gran colección de sangre que se extendía encima del hemisferio izquierdo por un espacio considerable. Se le practicó otra pequeña trepanación dos pulgadas más hacia adelante, y con la ayuda de soluciones salinas, se le removió toda la sangre y suero acumulado. Se cerró la herida con seda. A los diez días habían desaparecido por completo todos los síntomas de este paciente y se iba a su casa con la mente clara y con los nervios firmes.

2—P. H. L., joven de color, de 22 años de edad, que trabajaba como peón de un truck de cañas, cayó hacia atrás, recibiendo una severa contusión del cráneo. El joven se levantó seguida de sus pies, y siguió su trabajo, sin que tuviese herida alguna en la cabeza y sin que notase anormalidad alguna. Fué al otro día que notaron sus familiares que al hablar tartamudeaba, y las palabras le salían más despacio, y como entrecortadas. Referido a nosotros, después de exámenes radiográficos notamos una fractura linear del cráneo en la región parietal izquierda. El examen del líquido céfalo raquídeo, enseñó un líquido perfectamente claro, aunque sí con un ligero aumento en la presión, subiendo ésta a 16 milímetros de mercurio. No había ninguna otra forma de localización de lesión mental, ni parálisis o parestesias, en ninguna parte, ni dolor de cabeza o vértigo, vómito y demás; únicamente que el paciente no podía expresar su pensamiento hablando lo ligero que estaba acostumbrado, y hablaba despacio y entrecortado. Nuestra impresión de este caso fué que subsecuentemente al traumatismo que le produjo la ligera fractura lineal de la región parietal izquierda, del cráneo, este paciente sufría de afasia parcial (disartria) o sea articulación dificultosa del habla. (Aquí hago un paréntesis para hacer constar que afasia es una palabra grande, que se puede encontrar en varios estados patológicos, desde la parálisis general de la demencia, esclerosis diseminada, hemiplejía, parálisis bulbar, tumores, gomas sifilíticas, traumatismo del cráneo, etc. Disartria, aunque de origen similar, es una lesión mucho menos severa, y puede ser causada por lesiones vasculares del cerebro. Recordamos que hay cuatro centros que determinan el proceso del habla en los

hemisferios del cerebro, distantes unos de otros, dos hacia el frente y dos hacia atrás de la cisura de Rolando). Pues bien, este paciente se operó igual que el primero, con una sola excursión a través de la dura, encontrándonos con un hematoma chato, del tamaño de la palma de la mano. En un mes este paciente había recuperado por completo de su disartria, y hablaba articulando las palabras de corrido.

El tercer caso, y nuestro caso estrella, es el de Daniel Galarza, aquí presente. Este paciente mientras trabajaba en Punta Borinquen, recibió una severa contusión de la frente, por el mango de un compresor, recibiendo laceraciones del cuero cabelludo y una pérdida de conocimiento de cinco minutos de duración. El paciente fué admitido al Hospital Militar de la Base en Punta Borinquen, con dolor de cabeza y nerviosidad. Notaron en su examen preliminar inigualdad en los reflejos abdominales y cremastéricos. Estos síntomas desaparecieron poco a poco, pero el paciente empezó a desarrollar una fiebre pequeña, dolor en el estómago y vómitos. Los primeros días punciones lumbares fueron "*unsuccessful*". (Estas son notas de la historia clínica que trajo el paciente). Todos los síntomas fueron desapareciendo poco a poco y tres semanas después, el paciente fué dado de alta bueno y aparentemente curado. Cuatro días después de haber sido dado de alta, el paciente fué admitido nuevamente al Hospital Militar de la Base, padeciendo de fuerte dolor de cabeza, y parestesia en el hombro derecho. Examen neurológico enseñó entonces una gran disminución en la sensación de dolor sobre el hombro derecho, en la región del deltoide, pérdida de los movimientos del hombro, espasmo del trapezio y de los músculos pectorales. El paciente no podía levantar el brazo derecho, aunque tenía movimientos del codo para abajo, especialmente de la muñeca y de los dedos. Los reflejos del biceps y triceps, derechos, estaban muy sensitivos. Los reflejos abdominales de la rodilla y del tendón de aquiles, eran más activos en el lado izquierdo que en el derecho, las pupilas eran iguales y reaccionaban igualmente a luz y a distancia. Examen del fondo del ojo reveló un moderado papiledema bilateral. Los reflejos de Babisnki, Huffman, Gordon, Kerning y de Romberg, eran negativos. En esa época el líquido céfalo raquídeo, era claro, tenía seis células rojas por campo, y la serología y la química eran negativos. La presión arterial era 115/80, un pulso de 80 y respiración de 18. Durante la estadía en el Hospital de la Base por segunda vez, el área de anestesia en el hombro derecho desapareció, pero la incapacidad motora y la debilidad muscular del hombro derecho persistía. El paciente caminaba con el brazo colgando en el lado como si estuviese paralítico. El diagnóstico de hemorragia subdural fué hecho por el Dr. Pascasio Quiñones, 1st. Lt. M. C., estacionado entonces en Punta Borinquen. Este paciente fué referido a mí para tratamiento. Lo operamos entre el Dr. Quiñones y un servidor usando igual técnica que en los casos anteriores.

Este paciente ha recuperado por completo el uso de su brazo derecho, y sólo le resta un ligero tic habitual de la cabeza.

Las hemorragias subdurales secundarias a traumatismo, se pueden dividir, recordarán ustedes, en agudas y crónicas, dependiendo cuando hacen su aparición los síntomas secundarios. Las hemorragias agudas, casi siempre son secundarias a fracturas con depresión de la bóveda del cráneo, produciendo una ruptura de la arteria cerebral media, o de un número de vasos más pequeños. Los síntomas son parecidos a los de hemorragia extradural, aunque acompañados de una baja en la temperatu-

ra y de más baja presión. El líquido cerebro-espinal está casi siempre teñido de sangre, aunque raro es decir, muchas veces y por muchas horas este líquido puede estar perfectamente claro, sí que aumentado en la presión. El hematoma subdural crónico, es la lesión que ahora nos interesa. Se debe muchas veces a traumatismo del cráneo, comparativamente leves, y sólo en un 25% de estos hematomas crónicos, la lesión original que produce tal hemorragia, produce además pérdida del conocimiento. El tiempo que ocurre entre el traumatismo y la aparición de los síntomas de hematoma, siempre es prolongado y sumamente variado, pudiendo ser de días a años, con un promedio, de dos o tres meses. En el período de latencia, se significa el dolor de cabeza, psicosis, y algunas veces hasta coma. Los síntomas focales se determinan por la localización de la colección de sangre y agua, y por el tamaño de la hemorragia. Aparecen estos síntomas gradualmente como en las paquimeningitis, y esos síntomas son muy variados; a veces síntomas de localización, otras veces síntomas difusos y hasta muchas veces puede existir el hematoma subdural crónico, sin síntomas algunos. Irritabilidad mental, depresión mental, excitación nerviosa, dolor de cabeza, persistentes ataques apoplectiformes con contracción de las pupilas, vómitos, espasmo y rigidez de las extremidades pueden existir. El dolor de cabeza, la irritabilidad mental, pérdida de energía y vitalidad y algunas localizaciones focales, nos dirigen siempre hasta esta clase de lesión del cráneo. Los resultados de la operación son halagadores; la técnica sumamente sencilla. Por otro lado, si no se operan, puede esperarse que su condición mental continúe, se empeore, y los pacientes se vuelven irrascibles y enemigos de la sociedad, a la vez que se convierten en inútiles y en una carga, por sus limitaciones.

La proporción de casos de pequeñas hemorragias, con poco o ningún síntoma, y que se curan por sí solas, sin haber sido reconocidas, debe ser grande en número. Después de traumatismo del cráneo y de concusión del cerebro, si el paciente no se repone pronto, y hay señas de compresión intracraneal, hemorragia subdural es de sospecharse.

Intervención quirúrgica pues, está indicada, cuando los síntomas de compresión subsisten a pesar de la deshidratación, a pesar del uso de soluciones hipertónicas y a pesar del drenaje lumbar.

Early detection of tuberculosis is not enough. There must be adequate institutional accommodation for those who need it; reasonable maintenance for the family whose wage-earner is undergoing treatment and a wisely planned scheme of rehabilitation are recognized as an essential part of treatment itself. Sir Wilson Jameson. Lancet. Oct. 24, 1942.

PREÑEZ ABDOMINAL*

NELSON PEREA, M. D.

Mayagüez, P. R.

Os voy a relatar una experiencia reciente, la cual estoy seguro será de interés para todos.

Si es que alguno de mis colegas ha tenido un caso semejante, le agradecería nos dijera sus experiencias y la manera hábil en que lo resolvió.

Era la señora X una mujer blanca, de constitución endeble, de 120 libras de peso, de 45 años de edad, madre de cuatro hijos y que había sido una mujer saludable toda la vida.

En el mes de febrero del 1943 notó esta señora pequeñas hemorragias cada 4 o 5 días y fué al Hospital Municipal para ser examinada por los médicos de dicha institución. Fué hospitalizada encontrándosele una masa blanda en el bajo vientre de la cual se hizo un diagnóstico tentativo de carcinoma del útero.

En el mes de marzo del mismo año vino a mi oficina esta señora para que se le hiciera un examen. Encontramos que la paciente estaba anémica, que había rebajado 12 libras y presentaba una masa dura e irregular, del tamaño de una toronja, que sobresalía 3 dedos del pubis.

Al examen vaginal encontramos un cuello algo dilatado, grande, blando, que al tocarse daba sangre con facilidad. En el examen bimanual confirmamos que el cuello estaba blando, que la masa era irregular, fija, dura, y del tamaño de una toronja. Inmediatamente vino a nuestra mente el mismo diagnóstico hecho en el Hospital Municipal de Mayagüez "Carcinoma Uterino."

En esta ocasión prescribimos a la paciente tratamiento de hígado, vitaminas y descanso, y le dimos cita para el mes siguiente.

A fines del mismo mes de marzo presentóse la paciente de nuevo en mi oficina alegando fuertes dolores intestinales y dispuesta a que se le hiciera cualquier exploración. Esta vez, al examinar la paciente, notamos que seguía perdiendo peso. La masa había crecido hasta cerca del ombligo, y aunque continuaba siendo irregular, estaba blanda, movible y se notaba alguna fluctuación. En aquel momento dudamos si se trataba de algún quiste o de una degeneración avanzada del carcinoma. Se hospitalizó la paciente para hacerle una laparotomía exploratoria.

Los exámenes de laboratorio practicados dieron el siguiente resultado: Hemoglobina, 50%; Corpúsculos rojos, 3,200,000; Corpúsculos blancos, 5,800; Kahn- Kline-negativo; Orina, normal; Excreta, normal.

La paciente fué operada el día 10 de abril y fué grande nuestra sorpresa, cuando al abrir el vientre encontramos una preñez abdominal. Se abrió el saco encontrándose un feto vivo de unos 5 meses. Se cortó el cordón y notamos que la placenta se extendía desde el colon ascendente hasta el colon descendente. Los intestinos delgados se habían colocado en forma regular como si alguna mano divina hubiera hecho un nido sustituyendo la matriz. La placenta se había adherido como un pulpo sobre los intestinos delgados ascendentes y descendentes; encontrándose la matriz comple-

* Leído en la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, celebrada el día 27 de junio de 1943.

tamente aislada y ajena a lo que estaba ocurriendo, pequeña, recogida y dando sangre, y que un soñador al verla diría que es una mujer llorosa y triste al no poder criar al fruto de su fecundación.

En estos momentos desfilaron por nuestra mente experiencias de algunas autoridades médicas: ¿Qué hacer en este caso?

El Dr. MacCloud aconseja que se aten las membranas al cordón umbilical, se saque por la herida y al segundo o tercer día tratar de halar el cordón con las membranas, que posiblemente la placenta se despegaría. El Dr. Mombrug aconseja que se corte el cordón y las membranas y se deje la placenta para que sea absorbida por los órganos a que esté adherida. El Dr. De Lee aconseja que se extraiga la placenta y se aten los vasos que dan sangre. Esta fué nuestra decisión y empezamos a sacar la placenta. Fué una verdadera sorpresa el encontrar que al despegar ésta, habían alrededor de ella innumerables y pequeñas aberturas por las cuales manaba sangre en abundancia.

Pensamos en consejos de nuestros profesores, de hacer presión sobre la aorta, de poner servilletas calientes, de suturar los vasos, pero todo era tan inútil como imposible. Debido a la condición seria de nuestra paciente decidimos introducir una toalla de 12 x 24 pulgadas en el sitio donde había estado la placenta, dejándole una punta por fuera para ser retirada a los dos o tres días si es que la paciente vivía. La paciente fué llevada a su cuarto, se le puso suero, y a las seis horas vióse una gran mejoría; se hizo la transfusión y la paciente siguió mejorando repentinamente.

La toalla fué removida al tercer día, habiéndose dado de alta a los 18 días.

Autocrítica

Nuestro primer error consistió en la omisión de una radiografía que nos habría indicado la presencia de un feto en el vientre. Pero nos damos por satisfechos pues de haber notado el feto habríamos creído innecesaria la operación inmediata, dado los síntomas tan parecidos a los de placenta previa. No hay mal que por bien no venga.

Nuestro segundo error consistió en el examen bimanual, mediante el cual, según dicen los especialistas, debe notarse la separación entre la matriz y el feto, cosa que nosotros no pudimos hallar.

Nuestro tercer error fué quizás el decidirnos por el sistema que adoptamos. Fué tan grande la hemorragia en esta paciente, que de encontrarnos en una situación análoga, a pesar de los magníficos resultados obtenidos, no sabríamos si seguir el mismo método o adoptar uno nuevo. Por esta razón, y para satisfacción de todos, desearía, como anteriormente les dije, que si alguno de ustedes ha tenido un caso similar tenga la bondad de referir sus experiencias para provecho de todos los aquí presentes.

We know that tuberculosis is caused by the tubercle bacillus, but we also know that malnutrition, fatigue, dust, poor ventilation, poverty and overcrowding are contributing factors. Henrietta Landau, Pub. Health Nursing Consultant, U.S.P. H.S. Hoosier Health Herald, Oct. 1942.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DR. MANUEL DE LA PILA, DURANTE LOS EJERCICIOS DE GRADUACION VERIFICADOS EN LA ESCUELA DE ENFERMERAS DEL HOSPITAL SAN LUCAS EL DIA 17 DE AGOSTO DE 1943

Señoras y señores:

No os extrañéis de la inseguridad de mis palabras en esta noche, pero no puedo sustraerme, a pesar de todos mis esfuerzos, al vértigo que originan las grandes alturas, al hablaros desde la cima de esta colina memorable en donde se asienta el hospital San Lucas, pues si bien topográficamente es parco el desnivel que la separa de las verdes y fecundas planicies ponceñas que reconocidas besan sus pies, tiene sin embargo cuarenta años de ingente elevación perennemente ascendente en la génesis de la enfermera y en la cultura y progreso médico de nuestro pueblo.

Vosotras graduandas podéis gozar la ufanía de lucir destacadamente entre los exornos que abrillantan vuestra personalidad profesional, los méritos que arraigan y brotan de un jugoso y rancio abolengo en la vida de nuestro terruño, rico patrimonio exclusivo de vuestra escuela.

Abuelo en la familia médica, esa escuela casi la ví nacer. Al reproducir aquel cuadro del pasado con pinceladas borrosas de recuerdos sobre el blanco lienzo tensamente estirado por los años en el bastidor del pensamiento contemplo desfilar allá por los años nueve o diez los rostros risueños, los nítidos trajes a rayas listados, la acogedora actitud de aquella enfermera creada por la necesidad, hábilmente improvisada por el que puso la primera piedra de esta obra, el Dr. Carlos Vogel... vuestras predecesoras; que si poseían menguado caudal de teoría, tenían sin embargo desbordante el corazón en la atención y cuidado de los enfermos; que siempre el árbol hoy frondoso de esta institución atesoró desde su simiente, hermoso y avasallador el espíritu cristiano.

Benditas esas ideas de amor y caridad que sembradas espontánea y generosamente al voleo revierten en ubérrimos frutos de gratitud para su propio sembrador.

Así sucedió con el hospital San Lucas. En efecto, aquella labor educativa benéfica que en época tan pretérita realizara con éxito el Dr. Vogel en un medio ambiente impreparado para modernismos hospitalarios, quizás hasta hostil a esas ideas, como obra de bien tuvo la más valiosa y justa recompensa para su autor como podréis deducir de la anécdota siguiente que voy a referiros:

Allá por el año 1921 en ocasión de un viaje de estudios que realizaba por Europa iniciándome en la Electrocardiografía, al llegar a Hamburgo un grupo de amigos del Dr. Vogel entre los cuales se encontraban dignísimas damas puertorriqueñas, solicitaron de mi, para ser publicada, una declaración sobre la labor médica realizada por el Dr. Vogel durante su estadía en Puerto Rico, pues el referido colega por motivos de esas vicisitudes paradójicas de la vida se encontraba preso, en situación muy grave bajo acusaciones viciosas y muy mal intencionadas de hermanos de la profesión médica que tenían de la hermandad el mismo concepto fratricida de Caín hacia Abel.

Entonces puse toda mi alma en el asunto y captando argumentos de la espiritualidad de la obra de San Lucas, relaté todo

lo que significaba de honorabilidad, honradez, progreso, cultura y devoción a la ciencia, las actuaciones del colega y tuve la satisfacción de recibir pocos días después un telegrama de Reinhenkall firmado por Vogel en donde me decía: "Libre. Gracias. Usted me ha salvado. Deseo verle." Pero al contestar aceptando la invitación le decía lo justo y lo que constituye la moraleja de este cuento. "No olvide compañero que quien lo salvó fué San Lucas."

Tal es la virtualidad de San Lucas; tal es la fuerza del bien; de esa fuerza en donde radican todas las energías de la vida. El mal no tiene fuerza alguna. No le temáis. El mal no tiene otra fuerza como dijo Linares Rivas, que la que le brinda la cobardía del bien. Tal es también el alma de vuestra escuela, en cuyo vibrar se destacan las armónicas sentimentales de un espíritu selecto como el de Miss Hicks, que a pesar del tiempo que todo lo borra, hasta lo menos perecedero y deleznable, dejó siempre vivo y palpitante su recuerdo entre nosotros, consolidado su prestigio y grabada en la conciencia de nuestra comunidad puertorriqueña *con ella* la imagen de la bondad y de la renunciación de la enfermera.

Recordad, pues, siempre con orgullo y con cariño esta Escuela. Meditad serenamente lo que le debéis, y así la gratitud será imperecedera hacia vuestras hacedoras: Miss White, Miss Aponte y demás colaboradores, que con tesonero esfuerzo y magistral habilidad os tallaron como enfermeras de patrón modelo.

No olvidéis un sólo instante las sabias enseñanzas que os inculcaron, pues en ese legado se encierra el tesoro de los éxitos futuros de vuestra profesión. En realidad son tres los factores que dinamizan vuestra vida como enfermera: Doctrina, Práctica y Corazón.

Sin pretensión de profundizar en estos problemas culturales por notoria incompetencia de mi parte para abordarlos, creo sin embargo conveniente analizarlos ligeramente para que al amparo de la solemnidad de este acto sea más hondo el surco que en la memoria labre su recuerdo.

Doctrina

La doctrina es básica en vuestra profesión, sin ella no puede existir la enfermera. La teoría es necesaria a la práctica como el cerebro al movimiento.

Huid de ese positivismo exageradamente dominante que sólo cree en la práctica, que no justiprecia el valor de la teoría, pues ese postulado erróneo de una filosofía oportunista, seca vuestra individualidad profesional convirtiéndola en retorcido y enjuto sarmiento de esquimos frutos.

Todo ese progreso material, deslumbrante de que hoy goza la humanidad y especialmente vuestra profesión, es hijo legítimo y mimado de la robustez y del adelanto de la teoría, de la doctrina, de la ciencia. No veáis el progreso en los efectos, vedlo en las causas.

Ese afán utilitario tan característico de nuestros días ha hecho exclamar a algunos la hueca frase: "menos títulos académicos y más industrias." Ignorando que si aquellas industrias avanzan y progresan es precisamente porque sus direcciones están plagadas de doctores en las ciencias. No son los prácticos ni los técnicos los que han hecho de Estados Unidos la primera nación en las conquistas de la industria. Ha sido el asombroso desarrollo intelectual de ese país el creador de ese prestigio. En todo progreso manual y técnico siempre encontraremos la razón del mismo en anteriores descubrimientos doctrinales.

Seguramente recordaréis aquel pasaje tan antiguo de Séneca donde refiere el poder amplificante de la esfera de cristal llena

de agua. Allí estaba el principio de óptica de las lentes de aumento y como bien infiere Cajal al considerar este hecho también estaba allí la esencia de poderosos instrumentos como el telescopio y el microscopio y de ciencias tan emocionantes como la biología y la astronomía que tanto rendimiento de orden práctico habían de reportar al mundo.

Vosotras mismas en una maniobra frecuentísima, la de la esterilización del material quirúrgico estáis realizando también mecánica y provechosamente la aplicación más fecunda, grande y hermosa de una doctrina biológica fundamental en medicina, la doctrina microbiana. Sin ella no hubiera nacido la técnica de la desinfección y de la asepsia, prima razón de la existencia de la cirugía.

El vapor de agua que se escapa de esos autoclaves, ascendiendo en busca de nivel más alto, semeja cotidiano incienso de reconocimiento que la humanidad eleva al cielo a la memoria del fundador de la teoría, del descubridor del microbio, de aquel magno genio incomporable que se llamó Pasteur.

Practica

La aplicación de vuestros conocimientos es la práctica, y la práctica moderna en su ejecución es un arte que ennoblece y magnifica vuestra profesión, es la idealización plasmada en la materia.

Las maravillosas técnicas modernas tienen su belleza y su estética, en vuestra labor diaria, como arte que es, hacéis no sólo obra útil sino también bella. Y hacéis también obra imperecedera porque belleza y arte es algo invulnerable y eterno, como principios del espíritu.

Esas nuevas orientaciones, esos caminos que la habilidad manual abren en las técnicas dignificando y exaltando lo anodino y rutinario del trabajo diario son como trazos luminosos que alumbran a través de los tiempos y de las escuelas las rutas consagradas por el arte.

De la tosca arcilla la magia del artista hace brotar el expresionismo divino de la figura excelsa de Cristo con el horror de sus dolores en el cuerpo, y la dulzura de sus consuelos en el alma.

Vosotras también en los menesteres más modestos de vuestra asistencia al enfermo podéis ser primorosas orfebres en el arte de vivir vuestra profesión; que os proporciona a la vez el honrado vivir de vuestro arte.

En vuestra profesión no todo es teoría, ni todo es práctica. Como enfermera debéis tener un perfecto balance entre la técnica y la doctrina. Seréis felices si sabéis tesar en lo justo el hilo que relaciona a ambos factores apretándolos en fuerte nudo.

Difícilmente podría exponerse más galana, justa y brillantemente en el idioma de Cervantes esa sutil, misteriosa, pero real y tangible relación que existe entre los conocimientos teóricos y sus aplicaciones, entre lo científico y lo práctico como lo hiciera aquel incomparable vulgarizador de conocimientos que se llamó Don José Echegaray, quien en simil impresionante dijo así:

"La ciencia pura es como la soberbia nube de oro y grana que se dilata en Occidente, entre destellos de luz y matices maravillosos; no es ilusión, es resplandor, la hermosura de la verdad. Pero esa nube se eleva, el viento la arrastra sobre los campos y ya toma tintes más obscuros y más severos; es que va a la faena y cambia sus trajes de fiesta, digámoslo así, por la blusa del trabajo. Y entonces se condensa en lluvia, y riega las tierras, y se afana en el terruño y prepara la futura cosecha y al fin dá a los hombres el pan nuestro

de cada día. Lo que empezó por hermosura para el alma y para la inteligencia concluye por ser alimento para la pobre vida corporal."

Hermanad la práctica y la teoría, la idea y la acción, el pensamiento y el hecho si queréis caminar siempre en la derechura del progreso.

Pero necesitáis algo más que doctrina y práctica, necesitáis tener corazón. He ahí el talismán de vuestra cultura. Por grande que sea el almacén de vuestros conocimientos en el solar de la memoria, por afiligranado que vuestro arte sea, nada significan si el sentimiento no le señala, finalidad ante la conciencia. ¿De qué vale saber sin sentir? En el sentimiento es donde únicamente pueden injertarse las modalidades del deber.

Lo bueno y lo malo, lo altruísta o lo egoísta, lo heróico o acomodaticio del ser no se escribe en el cerebro, se graba en el corazón.

Afortunadamente la profesión de enfermera recayó en la mitad del género humano que siempre se ha mantenido exquisitamente capaz de sentir: en la mujer.

Corazón

La clave misteriosa de la grandeza de la mujer en la creación consiste en que nacida por la fuerza del bien columpia su existencia entre la feminidad y el amor maternal.

Esos dos manantiales caudalosos de cristalino sentimiento, nutren el surtidor fecundo e iridiscente que canta siempre arrullador en la vida de la mujer.

La feminidad, es ese eterno motivo espiritual, tierno y maravilloso, complejo, evocación de música y poesía rimada en la mirada, en el ademán y en la figura de la mujer; rapsodia de color y de luz que tantas veces cantara en pincel de un Moreno Carbonero en el rastro de la andaluza junto al alféizar de la ventana, fascinante atracción que hace que un emperador como Napoleón III paseando con María Eugenia de Guzmán, bajo los naranjos en flor de las Tullerías cortase una rama de azahar y formando con ella una corona, le dijese textualmente: "Tome usted, esta corona, condesa de Montijo, como un símbolo de mi adoración en espera de la otra," la cual llegó a sus manos poco tiempo después convirtiéndole en emperadora de los franceses. Tal es el poder de esa feminidad, de esa dorada mariposa de la imaginación, de esa flor perenne de primavera, de esa placentera modulación de la realidad que abre bello paréntesis en la aridez del vivir.

Pero con ser tan interesante y vital este aspecto del sentimentalismo de la mujer no alcanza la grandiosidad de aquella otra conmovedora modalidad del sentir femenino: el amor maternal.

Todos hemos tenido una madre. Todos hemos contemplado la excelsitud de ese amor. Todos hemos gozado de su inefable amparo espiritual. Nadie de nosotros necesita de libros ni de oradores que nos cuenten o canten lo que el amor de madre significa. Todos llevamos en nuestro interior un perpetuo poema a su reconocimiento tanto los que tienen el placer aún de poder besarla como los que sólo tenemos grabado indeleble en la púrpura de nuestra retina el venerado recuerdo de su rostro. Pues bien, ese amor materno vive inconsciente, es innato en toda mujer.

La mujer, niña, anciana, célibe, o casada, ilustrada o analfabeta, rica o pobre, plebeya o aristócrata, agraciada o no, lleva siempre ese germen de todos los amores.

Cuando la mujer corta las riendas que refrenan tímidas y circunspectas el impulso augusto de su corazón, es cuando se agiganta asimilando como suyo el sufrimien-

to de todo ser humano doliente y enfermizo.

Engendradora la feminidad siempre da un ambiente simpático, halagador y placentero, cuadra mejor a la cabecera del enfermo la serena, afable, bondadosa y severa majestad de ese medio purísimo donde vive el sacrificio efectivo, la caridad silenciosa y la abnegación espontánea que anida en lo más íntimo del corazón de la mujer: el amor maternal.

Si sabéis sentir en vosotras esa fuerza avasalladora, domadora de todas las inclinaciones emotivas de los efectos corrientes para poner el alma entera al servicio del enfermo y del desvalido, entonces y sólo entonces seréis verdaderas enfermeras, porque en mi concepto la enfermera no es otra cosa que la vivencia en la mujer del amor maternal ante el dolor ajeno.

Al despedirme de vosotras he de lamentar que nada meritorio pueda aportar personalmente a la brillantez de vuestra fiesta hermosa. La plegaria que con sinceridad de publicano elevo al Señor por vuestro venidero y rotundo éxito, aparte de lo bien sentida, vale poco. En cambio os traigo el cálido saludo y el vibrante aplauso de la Asociación Médica de Puerto Rico, que quiere por mi conducto como Presidente de la misma, enviaros todos sus parabienes y ofrendaros todo su respeto.

Ella quiso estar presente en este acto porque médicos y enfermeras caminamos unidos de la mano para mutuo apoyo a través de la maraña hirsuta que cubre los agrestes senderos de los campos de la vida donde sólo florece el dolor. Y en ese caminar en las duras horas de nuestro mutuo laboreo juntos sollozamos nuestras mismas penas y las glorias y el éxito alegre a la vez lo celebramos. Pues ambos harto sabemos que en el ejercicio de nuestra misión siempre veremos mezclados, como en la naturaleza, las punzadoras espinas con las flores.

Now more than at any other time, because of the pressure of work, longer hours, and crowded and unsatisfactory living conditions, there is reason for extra precaution so far as tuberculous infection is concerned, both in large and small industries. Many individuals will have to be employed whose health is sub-standard and who should be considered more susceptible to such infection. Therefore, there should be more effort made to extend and maintain proper health supervision, especially in regard to the detection and control of tuberculosis. W. A. Sawyer, M. D., N.Y.S. Jour. of Med., Jan. 15, 1943.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Septiembre, 1943 Núm. 9

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asociaciones de Distrito
Ponce

Reunión del Distrito:

El día 27 de agosto ppdo. se llevó a efecto en la ciudad de Ponce, bajo los auspicios de la Asociación Médica de dicho Distrito, y con la cooperación de la facultad médica del Hospital Santo Asilo de Damas, una reunión de carácter científico, estando la conferencia a cargo del estimado amigo Dr. Guillermo Acosta, quien disertó sobre el interesante tema: *"Roturas de la Matriz."*

Este acto, al cual concurrió una nutrida representación de los compañeros del Distrito de Ponce, resultó en extremo interesante, y al final de la discusión del tema científico, todos los presentes fueron gentilmente obsequiados por las distinguidas esposas de los compañeros que integran la facultad del Hospital Santo Asilo de Damas.

Conferencia en el Hospital Tricoche:

El día 17 del cursante mes, el Dr. Miguel F. Godreau dictó en el Hospital Tricoche de la ciudad de Ponce, una interesante conferencia sobre:

"Diagnóstico Diferencial de las Enfermedades del Pecho."

Ante un nutrido grupo de compañeros de aquella ciudad, el Dr. Godreau hizo una brillante exposición del tema objeto de su conferencia, cubriendo ampliamente todos los puntos relacionados con el diagnóstico clínico y radiográfico de la condición objeto de la discusión.

Asamblea Anual:

El domingo 26 del mes en curso se llevó a efecto en el Salón de la Biblioteca Municipal, en el Teatro La Perla, de la ciudad de Ponce, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, que preside el querido amigo, Dr. Osvaldo Goyco.

A las 10:30 de la mañana, y con una nutrida concurrencia, se dió comienzo al siguiente programa científico:

"Tuberculosis of the Spleen," Dr. Roberto Francisco.
"Heridas Penetrantes de la cavidad abdominal," Dr. Américo Serra.
"Mortalidad cardíaca en Puerto Rico comparada con la de Estados Unidos continentales, según las estadísticas demográficas," Dr. Manuel de la Pila.
"Curva de la secreción gástrica durante la restitución vagal," Dr. A. Rodríguez Olleros.

Una vez terminada la sesión científica, todos los concurrentes trasladáronse al Hotel Meliá, donde se sirvió un suculento al-

muerzo, obsequio de los compañeros del distrito de Ponce a los médicos visitantes.

Humacao

Nueva Directiva:

Nos complacemos en publicar a continuación los nombres de los compañeros que integran la nueva Junta de Directores de la Asociación Médica del Distrito de Humacao, electa el día primero de agosto próximo pasado:

Presidenta — Dra. Alice Reinhardt
Vice-Pres. — Dr. Raúl A. Yumet
Secretario — Dr. Mario J. Tomasini
Tesorero — Dr. José Ramos Lebrón
Delegados — Dr. Dwight Santiago
Dr. César Domínguez
Suplentes — Dr. M. Fernández Fuster
Dr. Jorge Franceschi

San Juan

Reunión científica mensual:

El día 30 del mes en curso, por la noche, habrá de llevarse a efecto en el salón de actos de la Escuela de Medicina Tropical, bajo los auspicios de la Asociación Médica, la reunión científica mensual correspondiente al mes de septiembre.

El conferenciante de esta ocasión lo será el querido amigo, Dr. José Noya Benítez, quien habrá de disertar sobre el interesante tema *Colédocolitiasis.*

Arecibo

La asamblea anual de la Asocación Médica del Distrito de Arecibo, se llevará a efecto en aquella ciudad el domingo 17 de octubre, según nos informara el presidente del Distrito, nuestro buen amigo el Dr. Roberto Francisco.

El programa de la asamblea habrá de circular oportunamente. Queremos, sin embargo, adelantar nuestra cordial invitación a todos los miembros de la Asociación, para que asistan a dicho acto, para cerrar así, con broche de oro, la serie de reuniones científicas que anualmente celebran las sociedades de distrito.

Asamblea Anual

Próximamente darán comienzo los preparativos para la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, que habrá de tener lugar en esta ciudad durante los días 10, 11 y 12 de diciembre.

El Comité Científico, así como la Junta de Directores de nuestra Asociación, desean invitar a todos los compañeros que tengan algún trabajo original, a someter el título del mismo a la mayor brevedad, de manera de facilitar la confección del programa científico.

Personales

Dr. Roberto Busó:

Pasa por la pena de haber perdido a su querida madre, en fecha reciente, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota, y quien se halla prestando servicios en las fuerzas armadas de nuestra nación en algún punto fuera de Puerto Rico.

Queremos testimoniar al amigo Busó, así como a los demás familiares de la distinguida dama fenecida, nuestro más sentido pésame por tan sensible pérdida.

Dr. Sergio S. Peña:

El día 14 del mes en curso embarcó rumbo a los Estados Unidos, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Peña tiene el propósito de especializarse en administración de hospitales, con cuyo objeto habrá de permanecer en el continente por espacio de un año realizando estudios a ese respecto.

Mucho éxito en su empeño deseamos al querido amigo.

Dr. Juan Basora Defilló:

El día 15 del mes en curso falleció en la ciudad de Mayagüez el Lcdo. Juan Basora Basora, padre del querido amigo cuyo nombre aparece al principio de esta nota, y quien también se encuentra en las fuerzas armadas de nuestra nación.

Sean estas líneas portadoras de nuestra sentida condolencia para el amigo Basora, así como para los demás familiares del caballero fenecido.

Dr. A. Navas Torres:

En días recientes fué nombrado por el Hon. Gobernador de Puerto Rico, para servir como miembro del Tribunal Examinador de Médicos de nuestra isla, el querido amigo Dr. A. Navas Torres.

Reciba el estimado colega nuestros parabienes por el merecido honor de que ha sido objeto.

Misceláneas

Historia de la Medicina y Cirugía:

Tras incesantes gestiones realizadas por nuestro activo presidente, se ha empezado a editar en una imprenta de la ciudad de Ponce, la obra sobre *"Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico"* escrita por nuestro distinguido colega, el Dr. Manuel Quevedo Báez.

Se inicia la impresión de esta interesante obra, gracias a la generosa cooperación económica de varias instituciones hospitalarias de nuestro país, que respondieron gentilmente a la solicitud que personalmente hiciera a sus directores el Dr. Pila.

En nuestra próxima edición daremos a conocer los nombres de los hospitales y clínicas que han hecho posible el que nuestro presidente pueda dejar solucionado otro de sus anhelados proyectos.

Exámenes de Reválida:

Durante la semana del 7 al 11 del mes en curso, el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico llevó a efecto en el edificio de nuestra Asociación exámenes de reválida para médicos, habiendo concurrido a tomar los mismos los siguientes candidatos:

Examen Regular:

Dr. H. Vázquez Milán
Dr. R. A. Pérez Ribié
Dr. Juan J. Santos Tejedor
Dr. E. Arandes Rexach
Dr. H. Rivera Bruno
Dr. Max Ramírez de Arellano
Dr. Edgardo Silva
Dr. M. Rodríguez Pérez
Dr. Ramón A. Llobet
Dr. Enrique Pérez Santiago
Dr. Rodrigo Menéndez Cardona
Dr. Miguel A. Firpi
Dr. Miguel S. Dalmau
Dr. Armando García Castillo
Dr. Luis F. Sala
Dr. Modesto Carrasquillo
Dr. Néstor H. Méndez

Examen Especial:

Dr. José M. Sánchez
Dr. J. Diógenes Martínez
Dr. José M. Silva
Dr. Jacinto González
Dr. José Viejo Feliú

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Continúa en aumento el número de compañeros que se han acogido al Plan de Auxilio Médico Mutuo. En la actualidad hay un total de 383 miembros, siendo los más recientes ingresos los de los siguientes compañeros:

Dr. Angel M. Marchand, Santurce
Dra. Edith Zaidée Rodríguez, Vega Baja
Dr. Sergio Peña, Bayamón

Actualmente el fondo del Auxilio Médico Mutuo asciende a la cantidad de $6,966.50, lo qne indudablemente representa un magnífico balance, para un plan que aún no ha cumplido su primer año de vida.

Los ingresos por concepto de certificaciones médicas siguen igualmente en aumento, y muchos compañeros, según hemos sido informados, están próximos a expedir el vigésimo certificado, que les anunciará la fecha para el envío de su primer remesa por este concepto a la tesorería de nuestra Asociación, y les hará acreedores a ver su nombre en la lista de compañeros que están prestando una cooperación efectiva a este nuevo plan.

Volvemos a publicar nuevamente una relación de los compañeros que ya han hecho remesa por concepto de certificaciones:

Dr. José Menéndez, Río Piedras
Dr. F. Sánchez Castaño, Vega Baja
Dr. Manuel G. Carrera, Fajardo (2)
Dr. Amalio Roldán, Hato Rey (2)
Dr. R. Rivera Aulet, Arecibo
Dr. Ricardo Fernández, San Juan
Dr. Leoncio T. Davis, Vieques
Dr. Fernando Asencio, Bayamón
Dr. Rafael Rivera, Caguas
Dr. Ramón C. Umpierre, Orocovis
Dr. Miguel Veve, Fajardo
Dr. Miguel Alonso, Río Piedras
Dr. Juan Veve, Fajardo
Dr. A. Rodríguez Olleros, Río Piedras
Dr. Ezequiel Prieto, Caguas
Dr. Julio R. Rolenson, Santurce
Dr. R. Muñoz Vázquez, Río Piedras
Dr. A. Otero López, Manatí
Dr. Héctor A. Bladuell, San Juan
Dr. Narciso Moreno, Santurce
Dr. Luis J. Fernández, San Juan

AUXILIO MEDICO MUTUO

Su cooperación será más efectiva mediante el uso frecuente de su Libro de Certificaciones.

Siga el ejemplo de los compañeros arriba anotados.

AUXILIO MEDICO MUTUO

La buena marcha del Plan de Auxilio Médico Mutuo, depende de la cooperación que todos estemos dispuestos a brindarle.

La suya será más efectiva si usa el Libro de Certificaciones regularmente.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN MEDICINA

1—*Todo médico legalmente autorizado para ejercer la profesión en nuestra isla, y residente en Puerto Rico por un período no menor de dos años, tiene derecho a aspirar al premio.*

2—*Los trabajos deberán entregarse en la secretaría de la Asociación Médica de Puerto Rico no más tarde de las 6:00 P. M. del día primero de noviembre de 1943.*

3—*Todo trabajo deberá ser original, y venir mecanografiado o impreso, por sextuplicado. El nombre del autor deberá incluirse en un sobre debidamente lacrado que será entregado conjuntamente con el trabajo.*

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnóstios de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

El Trabajo de las Mujeres



En todas partes las mujeres vienen llevando su carga de estos tiempos de guerra—la señora del galeno cuyo esposo está ausente—la enfermera que hace doble trabajo mientras su compañera de trabajo sirve a su país en el extranjero—la muchacha que hace trabajo de hombre en la industria para hacer disponible a otro combatiente para las Naciones Unidas.

En tiempos como estos la tradición Lilly de calidad se aprecia más que nunca por los que son responsables de los productos Lilly. Escrupulosos métodos de normalización, producción e inspección son parte tan integrante de la estructura Lilly que los nuevos operarios no tardan en darse cuenta de la obligación que tienen de trabajar con tanta eficiencia como los hombres que ellos han substituído.

Eli Lilly and Company • Indianapolis, Indiana, E. U. A.



Asamblea Anual: Diciembre 10, 11 y 12.

AÑO XXV OCTUBRE, 1943. NUMERO 10.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Good News!

*DEXTRI-MALTOSE

WITH YEAST EXTRACT AND IRON
now measures 4 (instead of 6)
level tablespoonfuls to the ounce

and

★ is packed 16 oz. (instead of 12) per tin

and

★ each ounce supplies 2.8 mg. iron

and

★ each ounce supplies .3 mg. thiamine

and

★ each ounce supplies .1 mg. riboflavin

During the baby's first six months, this product alone supplies to the milk formula more iron than the infant requires

and

more thiamine than the average infant requires

Dextri-Maltose With Yeast Extract and Iron is supplied now in 1-lb. and 5-lb. cans



ALL AT NO INCREASED COST TO THE PATIENT

MEAD JOHNSON & CO.
EVANSVILLE, IND., U. S. A.

P. O. Box 3081, San Juan

SUMARIO

Página

Acute Appendicitis in the Left Upper Quadrant. Report of a Case, Mario J. Tomasini, M. D., Salvador Busquets, M. D., and Julio M. Dávila. M. D., Fajardo, P. R. — — — — — 367

Conceptos Modernos Sobre la Etiología de la Epilepsia, José R. Maymí, M. D., Santurce. P. R. — — — — — — — — — 372

Algunas Observaciones Sobre el Problema Poblacional de Puerto Rico, P. Morales Otero, M. D., San Juan, P. R. — — 376

A Note on the Development of Public Health in Puerto Rico, E. Martínez Rivera, M. D.; M. Sc. Ph.; F.A.P.H.A., San Juan, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — 384

En Torno a Ciertos Aspectos en el Programa de Control de las Enfermedades Venéreas en Relación con el Esfuerzo de Guerra, Ernesto Quintero, M. D., San Juan, P. R. — 392

Palabras del Dr. Manuel de la Pila, en la Graduación de las Ayudantes Voluntarias de Enfermeras de la Cruz Roja Americana, Capítulo de Puerto Rico — — — — — — — — 397

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES — — — — — — — — — 401

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — — 405

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.

WAR NERVES!

Regular daily intake of the Vitamin B Complex is essential to the maintenance of steady nerves.

ELIXIR GALEN B Fortified provides thelogical answer to this widespread wartime need. It can be fully depended on to supply adequate amounts of all the B complex factors which maintain the integrity of nerve tissue.



ELIXIR GALEN B Fortified is a concentrate derived from rice bran and fortified with added amounts of thiamine and riboflavin. It supplies ample quantities of all factors of the entire natural vitamin B complex, and because of the added vitamins, it can also be used successfully in the treatment of those cases requiring large dosages of thiamine and riboflavin. ELIXIR GALEN B Fortified is designed for regular everyday use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.

Galen Company

BERKELEY • CALIFORNIA • U. S. A.

*Trade Mark Copyright 1943, Galen Company

ὁρμάνειν

(HORMONE)

WHEN a deficiency of Ovarian Estrogenic Secretion exists, *DI-OVOCYLIN** exerts powerful and sustained replacement effects for prompt subjective and objective relief.

Menopausal Syndrome, Pruritus Vulvae, Genital Infantilism and selected types of Dysmenorrhea and Amenorrhea associated with uterine hypoplasia are relieved.

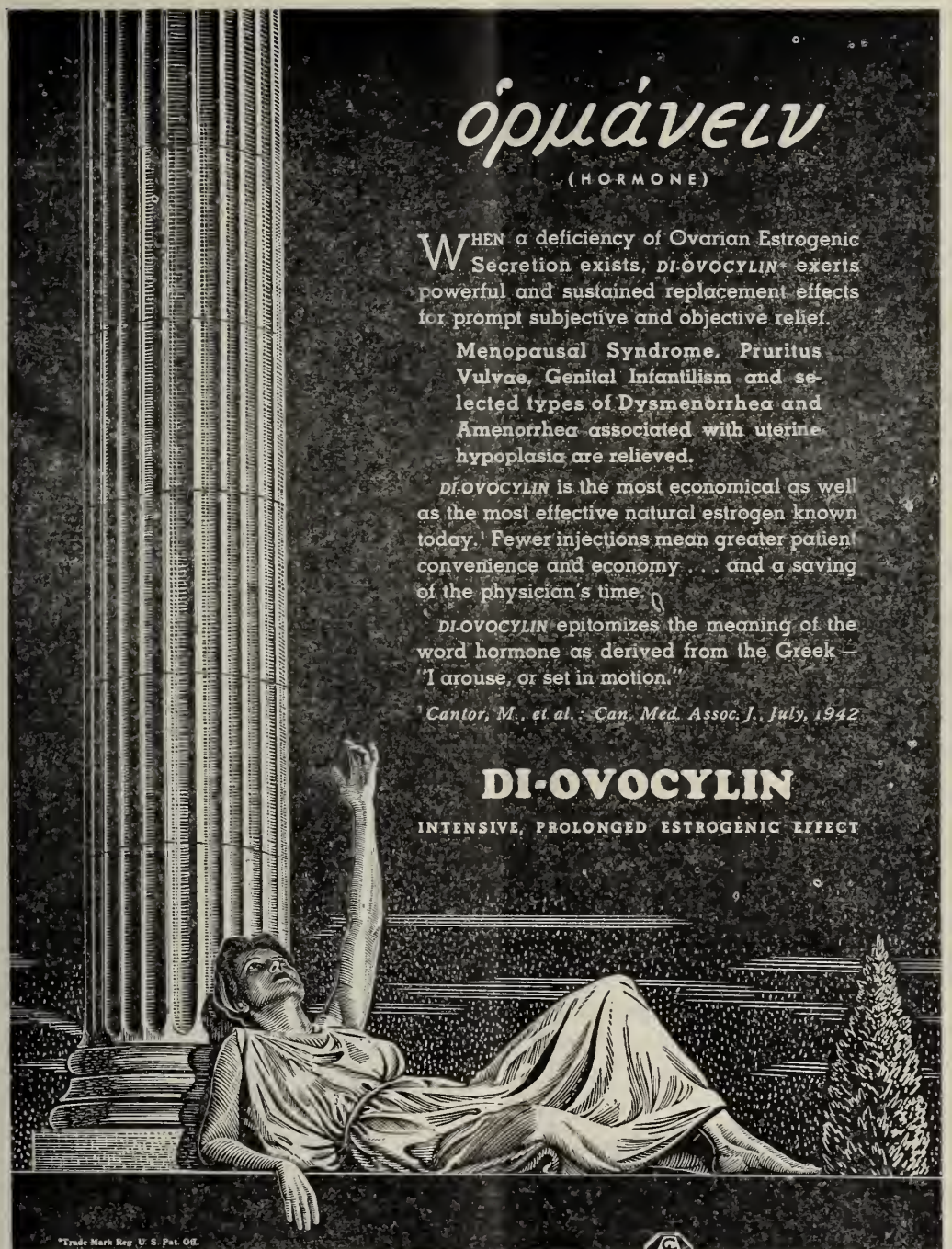
DI-OVOCYLIN is the most economical as well as the most effective natural estrogen known today.[1] Fewer injections mean greater patient convenience and economy . . . and a saving of the physician's time.

DI-OVOCYLIN epitomizes the meaning of the word hormone as derived from the Greek — "I arouse, or set in motion."

[1] *Cantor, M., et al.: Can. Med. Assoc. J., July, 1942.*

DI-OVOCYLIN

INTENSIVE, PROLONGED ESTROGENIC EFFECT



*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

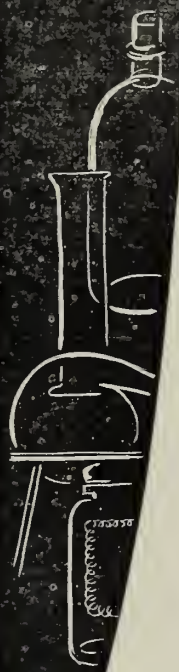
CIBA Pharmaceutical Products, Inc.

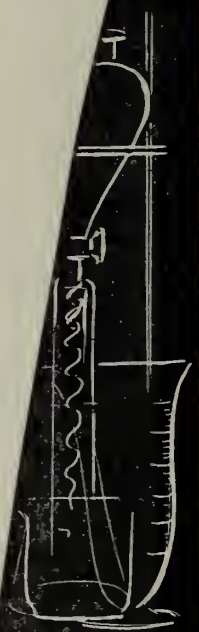
SUMMIT, NEW JERSEY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860







DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

CASA FUNDADA W E T H en 1860



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.

ANEMIA de la Preñez

CONCLUSIONES*

1 La mayoría de las mujeres embarazadas se ponen anémicas.

2 La anemia se agrava conforme avanza la gestación.

3 La Anemia de la Preñez cede en la mayoría de los casos a un tratamiento adecuado.

4 El examen y tratamiento de la anemia deben ser incluídos en el cuidado rutinario de la mujer embarazada.

* CHAS. EDWIN GALLOWAY, M. D., F. A. C. S. "Anemia de la Preñez." The Journal of the American Medical Association. Vol. 93, No. 22, November 30, 1929.

Anemia de la Preñez

"CUANDO la anemia complica la preñez puede ser consecuencia de dieta deficiente, trastornos metabólicos, hemorragias o sepsis del postpartum. La preñez puede provocar un tipo de anemia grave parecida a la anemia perniciosa."[2]

"Durante la preñez muchas mujeres sufren de anemia que a veces descuidan pero la posible pérdida de más sangre durante el alumbramiento retardaría la convalescencia y afectaría desfavorablemente la galactopoyesis."[3]

TRATAMIENTO. — Galloway, dice que el hierro, como el calcio, parece ser indispensable para las mujeres embarazadas. Su tratamiento consistió de dieta y preparaciones simples de hierro e hígado prescritas en todos menos en setenta y cuatro de la larga serie de casos relatados.

El hierro se usa desde hace mucho tiempo, por algunos[3] rutinariamente, durante las últimas seis semanas de la gestación. Levine[2] dice que la hepatoterapia tiene un lugar definido en las varias anemias de la preñez, incluyendo los casos graves, y menciona los trabajos de Evans[4]; Brault[5]; Larrabee[6] y Deschamps y Froyez[7]; sobre la utilidad de la hepatoterapia.

Los investigadores modernos continuan demostrando que un grupo de substancias además de h i e r r o, incluyendo una cantidad relativamente pequena de cobre, participan activamente en la formación de hemoglobina.

Neobovinine 20 es un compuesto original de Extracto de Hígado y Sangre de Bovino que se está prescribiendo cada vez más para la anemia de la preñez y otros estados de empobrecimiento de la sangre.

Neobovinine 20 contiene en proporción equilibrada todos los elementos minerales esenciales los cuales proceden de la sangre de bovino que es una parte importante de su composición, y además la fracción activa de hígado que facilita el aprovechamiento de ellos.

---

[2]Victor E. Levine, M. D., Ph. D. "Tratamiento de la Anemia" International Clinics. Vol. III, Series 39, J. B. Lippincott Company, 1929.

[3]A. W. Fuller. "La Anemia, sus Causas y Tratamiento." H. K. Lewis & Co., Ltd., London.

[4]W. Evans. "La Anemia Grave de la Preñez y el Puerperio." Lancet Vol. 1, Page 14, 1929.

[5]P. Brault. "Un Cas de Guèrison d'Anémie Pernicieuse Gravidique avant l'Accouchement par Ingestion de Foie," Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, Vol. 17, Page 619, 1928.

[6]R. Larrabee. "Las Anemias Graves de la Preñez y el Puerperio," American Journal of the Medical Sciences. Vol. 170, Page 371, 1925.

[7]P. N. Deschamps and A. Froyes. "Anémie Pernicieuse Gravidique Traité par la Méthode de Whipple. Retour au Chiffre Globulaire Normal sans Interruption de la Grossesse. Accouchement á Terme d'un Enfant Vivant." Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hópitaux de Paris, Vol. 52, Page 153, 1928.

• • •

Nótese La Composición Del Neobovinine 20

Los Siguientes Análisis No Deben Tomarse Como Fórmulas

COMPOSICIÓN MEDIA TOTAL

Sangre de Bovino	53.3%
Extracto de Hígado	26.6
Alcohol (en volumen)	15.0
Glicerina	2.7
Sal y Agua	2.4

TRADUCIDA EN

Alcohol (en peso)	11.35%
Ceniza	2.00
Proteína (Nx6.25)	11.25
Azúcares reductores	1.30
Grasa	0.25
Glicerina	2.70
Agua y substancias volátiles	71.15

PROMEDIO DE CONTENIDO MINERAL

Miligramos por 100 c. c.

Hierro (Fe)	34.0
Cobre (cu)	0.76
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8
Zinc (Zn)	5.0
Magnesio (Mg)	2.9
Potasio (K)	238.0
Sodio (Na)	107.0
Azufre (S)	170.0
Cloro (Cl)	163.0
Manganeso (Mn)	Trazas.

CADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 0.83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO

Neobovinine 20 es un compuesto orgánico original libre de substancias inorgánicas excepto sal. Contiene materiales para la formación de nuevos hematíes y hemoglobina, más el principio activo de hígado que asegura su aprovechamiento.

Neobovinine 20

LA EFICACIA del hígado en la anemia secundaria ha sido plenamente demostrada cuando se complementa con otros elementos minerales.

Neobovinine 20 posee las ventajas de la hepatoterapia más los benéficos efectos positivamente demostrados del hierro orgánico y otros elementos minerales orgánicos (asimilables).

Intensos experimentos de laboratorio y ensayos clínicos han demostrado ampliamente su eficacia en todas las formas de anemia para la regeneración y formación de hemoglobina y glóbulos rojos.

Todos los elementos orgánicos necesarios están presentes en la sangre de bovino desfibrinada que es una parte importante del Neobovinine 20.

La sangre[1] es la más rica fuente conocida de hierro animal (asimilable) y contiene 247.5 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína mientras que la carne cruda de res generalmente considerada rica en hierro contiene solo 7.6 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína. Según el método que se use, hasta el 81 por ciento[2] del hierro, el fósforo y otros minerales presentes en los vegetales se pierden en la cocción.

La sangre fresca de bovino en el Neobovinine 20 es tratada por un procedimiento en frío y en su preparación las propiedades activas y sales minerales animales no han sido destruídas por el calor. Es significativo que los mejores resultados en la hepatoterapia (cuando se emplea el hígado solo) han sido obtenidos cuando el hígado se toma crudo.

Como se ha indicado, además del hierro, cantidades relativamente pequeñas pero importantes de otros elementos minerales incluyendo el cobre toman parte activa en la formación de la hemoglobina. Estos elementos, en forma orgánica, están contenidos en el Neobovinine 20. Una substancia viene a complementar la otra.

El Neobovinine 20 tiene una influencia definida sobre el apetito, determinando una entrada calórica mayor y dando como resultado un efecto favorable sobre el metabolismo general.

También provee seroproteínas nitrogenadas útiles para aumentar las proteínas de cereales y productos lácteos que son de poco valor hematógeno a menos que sean complementadas con proteínas provenientes de otras fuentes.

El Neobovinine 20 tiene buen gusto, es facilmente tolerado y no se le conocen contraindicaciones.

Nota: El color del Neobovinine 20 puede variar pero esto no afecta su poder en forma alguna

DOSIS: En los estados anémicos, marasmo, dieta deficiente, desnutrición y empobrecimiento general de la sangre, una cucharada cuatro veces al día, preferible después de las comidas y antes de acostarse.

• • •

Niños: Graduar según el peso, 20 libras (9 kilos), 1/8 de la dosis para adulto; 40 libras (18 kilos), 1/4; etc.—

• • •

Neobovinine 20: Representa el adelanto más notable desde la introducción de la hepatoterapia, y está adquiriendo rapidamente un lugar preponderante en el tratamiento de todas las formas de empobrecimiento de la sangre.

Neobovinine 20: Para la regeneración y formación de glóbulos rojos y hemoglobina. Después de intensas pruebas de laboratorio reguladas cientificamente y numerosos ensayos clínicos con gran éxito, puede ya obtenerse por prescripción.

Neobovinine 20

8134 McCormick Boulevard
CHICAGO, E. U. A.

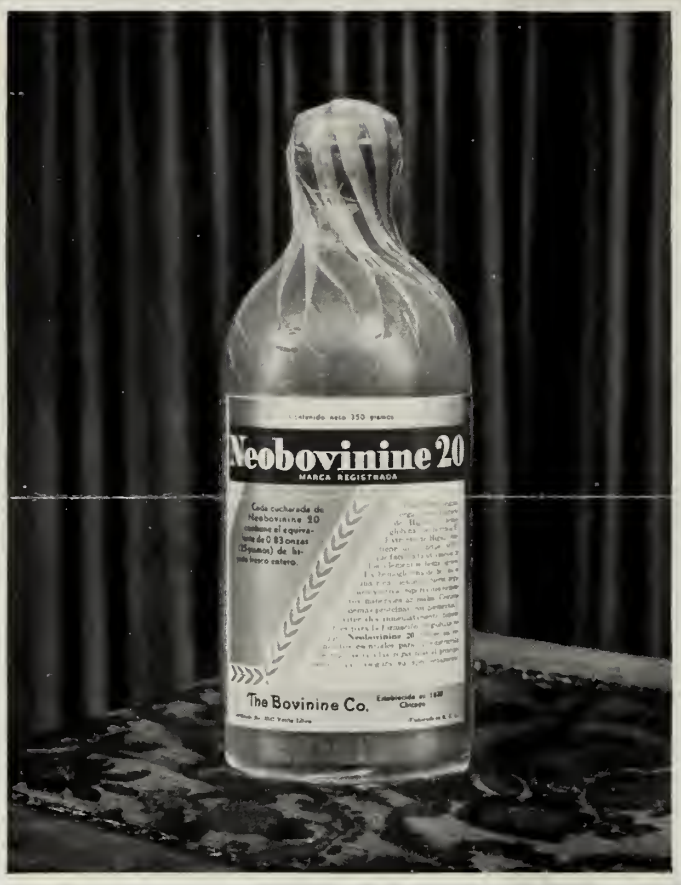
Casilla Correo 1620
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Impreso en E.U.A.

[1]F. B. Forbes and R. W. Swift. "El Contenido de Hierro en las Carnes." Journal of Biological Chemistry. Vol. 67, No. 517, 1926.

[2]Peterson and Hoppert. Journal of Home Economics. Vol. 17, No. 265, 1925.

ADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE
83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO



Neobovinine 20

en las anemias secundarias

PUEDE confiadamente esperarse inmediato efecto benéfico sobre el apetito y bienestar general cuando

Neobovinine 20

se prescribe para todas las formas de anemia, desnutrición y agotamiento en general.



El Vidrio Optico y la Guerra

EL Sr. Pedro García, inspector de la Bausch & Lomb, sabe que ésta es una guerra en que los instrumentos ópticos hacen un papel importantísimo. El Sr. Pedro García sabe muy bien que el control exacto del fuego de los cañones depende del vidrio óptico—claro y sin defectos.

El vidrio óptico que el Sr. Pedro García tiene en las manos fué fabricado de acuerdo con una fórmula especial. Será tallado y pulido para formar parte de los prismas de un altímetro antiaéreo. A medida que los soldados combatientes giran el cuadrante de este instrumento para enfocarlo, los cañones automáticamente atacarán a los aeroplanos con exactitud mortal.

La fundición de vidrio óptico de Bausch & Lomb fué creada luchando—desarrollándose con precitada velocidad durante la primera guerra mundial, y dejando libres a las naciones del mundo de las fuentes europeas de vidrio óptico precioso. Actualmente, el vidrio óptico de Bausch & Lomb está rompiendo todo record mundial para los trabajos de precisión en los instrumentos importantes para la guerra—binoculares, telémetros, miras de bombas, microscopios, equipos metalográficos y espectrográficos y otros tantos. Los recursos de la Bausch & Lomb están enteramente dedicados a la batalla para ganar *primero* la Victoria.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria, y la Corrección de los Defectos de la Vista.

¿CUAL ES LA FORMULA DEL EXITO?



• La manera más segura de tener éxito en cualquier empresa es trabajar resueltamente, con ahinco y perseverancia, poniendo en uso toda nuestra inteligencia, siempre fiel a las altas normas que hemos establecido en un principio. Esta es una razón por la cual DRYCO ha tenido éxito como alimento infantil. La labor llevada a cabo durante veinticinco años para proteger la excelencia de DRYCO, ha traído como resultado las normas de alta calidad hoy en efecto.

La única leche aceptada para DRYCO, es aquella que es *limpia y fresca*, proveniente de vacas sometidas a la prueba de la tuberculina, examinadas con regularidad por veterinarios experimentados. Al llegar a la fábrica DRYCO, poco después de ordeñada, la leche es sometida a un examen minucioso para determinar si llena los requisitos establecidos en cuanto a temperatura y a la ausencia de bacterias y sedimento.

En la fábrica DRYCO, una limpieza diaria con vapor, y frecuentes inspecciones, aseguran la limpieza absoluta de todo el equipo empleado. La leche limpia es rápidamente deshidratada y envasada en latas especiales de las que se ha extraído el aire para prolongar casi indefinidamente las propiedades duraderas de DRYCO.

Imponiendo estas normas rigurosas y siendo fiel a ellas, se asegura la calidad y limpieza de *cada* lata de DRYCO con que se alimentan los bebés que Ud. tiene a su cargo.



DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Tratamiento de mantenimiento de la Anemia Perniciosa con—

SOLUCION EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO A 1 cc.

(PARENTÉRICA)

Lederle

EN un estudio clínico reciente ALT y YOUNG[1] confirmaron las observaciones de MURPHY[2,3] de que los extractos muy concentrados de hígado son tan eficaces como los extractos "crudos" en el tratamiento de la anemia perniciosa, fuese o no afectada la médula espinal. Estos clínicos mantuvieron remisión total en una serie de pacientes administrando "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" con intervalo promedio de 17.5 días. Comentan como sigue:

> "Para mantener al paciente con anemia perniciosa, es primero necesario tener la seguridad de que el extracto hepático empleado posee la potencia deseada. En segundo lugar, la respuesta de cada paciente debe ser estudiada individualmente. Algunos requieren más del principio activo del hígado que otros para la remisión completa. Como regla general es aconsejable administrar más del requisito mínimo de hígado para proteger al paciente contra la recaída.
>
> "El paciente que hoy sufre anemia perniciosa puede, con gasto mínimo y pocos inconvenientes, mantener la remisión indefinitivamente. Siempre es arrestada la degeneración de la médula espinal y por lo general las manifestaciones neurológicas mejorarán en los casos menos avanzados
>
> "En vista de que el paciente tolera mejor la dosis de 1 c.c. de los extractos de hígado concentrados, es de preferirse esta clase de preparado para uso rutinario."

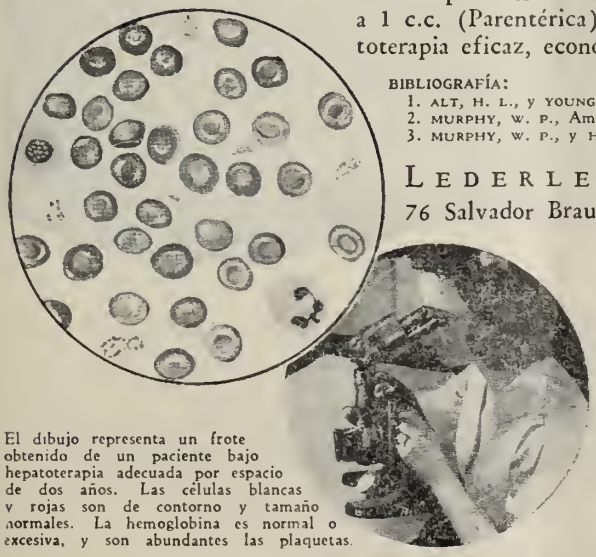
Para el paciente la "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" constituye una forma de hepatoterapia eficaz, económica y conveniente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ALT, H. L., y YOUNG, R. H., Ill. M. Jour., 78:444-448, noviembre de 1940.
2. MURPHY, W. P., Am. J. M. S., 191:597-607, 1936
3. MURPHY, W. P., y HOWARD, I., J. A. M. A., 112:106-110, 1939.

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 Salvador Brau San Juan



El dibujo representa un frote obtenido de un paciente bajo hepatoterapia adecuada por espacio de dos años. Las células blancas y rojas son de contorno y tamaño normales. La hemoglobina es normal o excesiva, y son abundantes las plaquetas.

ENVASES:

Tres frascos de 1 c.c.—cada centicubo contiene 15 unidades F. EE. UU.

"PHYSIOLOGIC DEBRIDEMENT"

plus

ANTIBACTERIAL ACTION

The efficacy of topical applications of Sulfathiazole for the treatment of a wide variety of localized infections is generally recognized.

The combination of Sulfathiazole with urea possesses distinct advantages. Urea exerts a solvent action on protein matter, thus aiding the removal of debris, pus and incrustations. Due to this cleansing effect ("physiologic debridement"), healing is greatly encouraged. Moreover, with the dissolution of necrotic tissue and the lysis of bacteria, inhibitors to the sulfonamides are removed. Hence, sulfathiazole can exert its full antibacterial effect.

INDICATIONS

For topical infections due to staphylococcus, streptococcus and other organisms — impetigo contagiosa, superficial folliculitis, intertrigo, secondary infections associated with various dermatoses and fungus infections, minor surgical conditions, etc.

Supplied in 1 ounce tubes

Sulfathiazole-Urea Ointment contains 5 per cent Sulfathiazole and 30 per cent Urea in an oxycholesterol-petrolatum base.

SULFATHIAZOLE-UREA OINTMENT WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

NEW YORK 13, N. Y. *Pharmaceuticals of merit for the physician* WINDSOR, ONT.

DISTRIBUIDORES PARA PUERTO RICO

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

ALLEN 77 — APARTADO 402

SAN JUAN 2, P. R.

DIRECTIVA Y CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AÑO 1943

Directiva

Dr. Manuel de la Pila, *Presidente*

Dr. A. Oliveras Guerra, *Vice-Presidente*

Dr. E. Martínez Rivera, *Secretario*

Dr. Manuel A. Astor, *Tesorero*

Cámara de Delegados

Dr. Oscar Costa Mandry, *Speaker*

San Juan

Dr. José A. Seín
Dr. G. Ruiz Cestero
Dr. Enrique Koppisch
Dr. R. H. Señeriz
Dr. Jorge del Toro
Dr. F. Hernández Morales
Dr. José Picó
Dr. J. Noya Benítez
Dr. A. M. Marchand
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. José C. Ferrer
Dr. P. Morales Otero

Ponce

Dr. Osvaldo Goyco
Dr. L. A. Balasquide
Dr. William R. Gelpí
Dr. R. Maldonado

Mayagüez

Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Augusto Perea
Dr. Nelson Perea
Dr. F. J. Casalduc

Arecibo

Dr. Roberto Francisco
Dr. Miguel E. Sala
Dr. José F. Correa
Dr. Julio A. Santos

Humacao

Dra. Alice Reinhardt
Dr. Mario J. Tomasini
Dr. César Domínguez
Dr. D. Santiago

Guayama

Dr. Jaime L. Fuster
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. A. Forastieri
Dr. Manuel Santiago

Aguadilla

Dr. Luis A. Sánchez
Dr. Néstor de Cardona
Dr. M. García de Quevedo

Aviso a los miembros de la Cámara y Presidentes de los distintos Comités de la Asociación: Por acuerdo expreso de la Cámara de Delegados, todos los informes, resoluciones, etc., que hayan de ser sometidos a la consideración de dicho cuerpo en su próxima reunión anual, deberán ser distribuidos entre sus miembros por lo menos con 10 días de anticipación a la fecha de la reunión. Todos los informes y resoluciones deben estar en poder de la Secretaría a más tardar el día 25 de noviembre próximo.

COMITES PERMANENTES

AÑO 1943

Científico

Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Pablo Morales Otero
Dr. A. Fernós Isern
Dr. Julio A. Santos
Dr. I. González Martínez
Dr. Luis M. Morales
Dr. E. Martínez Rivera

Junta Editora

Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis M. Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. E. García Cabrera

Legislación

Dr. Francisco M. Susoni
Dr. Julio A. Santos
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Blas C. Herrero
Dr. E. Fernández García
Dr. R. Arrillaga Torrens
Dr. J. García de Quevedo

Salud Pública y Beneficencia

Dr. A. Fernós Isern
Dr. Juan J. Nogueras
Dr. Rafael A. Vilar
Dr. José N. Gándara
Dr. J. Garrido Collazo
Dr. William R. Gelpí
Dr. Néstor de Cardona

Propaganda

Dr. Agustín R. Laugier
Dr. F. Alfaro Díaz
Dr. Laureano Trelles
Dr. J. Forastieri
Dr. R. H. Señeriz
Dr. Domingo Nochera
Dr. Jeramfel Cordero

Biblioteca

Dr. Rafael Timothée
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. A. Navas Torres
Dra. Blanca Trelles
Dr. Walter A. Glines
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. E. Martínez Rivera

Educación

Dr. Enrique Koppisch
Dr. O. Costa Mandry
Dr. Jorge del Toro
Dr. David E. García
Dr. Ricardo Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. Juan A. Pons

Medicina Forense

Dr. Enrique Koppisch
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. José N. Gándara
Dr. J. Noya Benítez
Dr. José C. Ferrer
Dr. J. Ramos Lebrón
Dr. José S. Belaval

Cáncer

Dr. I. González Martínez
Dr. G. Ruiz Cestero
Dr. José Landrón
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Roberto Francisco
Dr. Pedro Malaret

COMITE ESPECIAL

Relaciones Públicas

Dr. Luis M. Morales
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José A. Seín
Dr. José N. Gándara
Dr. Domingo Nochera

PRESIDENTES DE SECCIONES

Dr. C. E. Muñoz MacCormick, Oftalmología y Otorrinolaringología
Dr. R. Fernández Marchante, Salud Pública
Dr. L. A. Balasquide, Obstetricia y Ginecología
Dr. Luis M. Morales, Neuropsiquiatría
Dr. J. Rodríguez Pastor, Tuberculosis

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA
Año XXXV | OCTUBRE, 1943. | Número 10

ACUTE APPENDICITIS IN THE LEFT UPPER QUADRANT

Report of a Case

MARIO J. TOMASINI, M. D., SALVADOR BUSQUETS, M. D.
and
JULIO M. DAVILA, M. D.*
Fajardo, P. R.

The multiplicity of the possible locations of the vermiform appendix in the Right Lower Quadrant is well known to all those doing abdominal surgery. Such various positions in the Right Lower Quadrant are frequently observed. Less commonly the appendix is seen outside the Right Lower Quadrant where it properly belongs, and is found in the Right Upper Quadrant or Left Lower Quadrant. In the instances found in the Left Lower Quadrant we are apt to find a situs inversus, or an abnormally mobile cecum or a failure of rotation of the colon, as the explanation. Just recently we found the cecum (with a mesentery) and the appendix in the sac of a huge *left* indirect inguinal hernia in a female. When found in the Right Upper Quadrant the explanation given is that of a halt in the course of the migration of cecum and ascending colon from their embrionic position in the upper abdomen to their final, normal anupper abdomen to their final, normal anatomical position in the Right Lower Quadrant. Incomplete rotation of the colon (in utero) is usually the explanation for the finding of the appendix anywhere from the sub hepatic position to the Right Lower Quadrant above its normal position.

The finding of the apendix in the Left Upper Quadrant is an extremely rare occurrence, so much so that the only two reported cases we have found in the literature are those of Kaspar[1] and Lichstein[2]. The first of these authors reported his case in 1935 giving emphasis to the possibility of appendicitis in the Left Upper Quadrant. His case was *not one of appendicitis* but one of colonic disorders due to malposition of the ascending colon and cecum. The second author reported his case late in 1942 as one of *probable acute appendicitis* (with subsidence of the attack) after thorough clinical and X-Ray studies. His patient, whose symptoms were those of malignancy of left colon, refused operation and so he was unable to verify his impression. Lichstein was unable to find any report of appendicitis in the Left Upper Quadrant in a review of the surgical literature of the last 20 years.

Our case is one in which an acute suppurative perforative appendicitis with a periappendical abscess was found at operation, which case may come to be the only *authenticated case of appendicitis in the*

* From the Surgical Department, Fajardo District Hospital.

Left Upper Quadrant in the literature.

It may be wise to define the boundaries of the different abdominal quadrants. The abdomen is divided into four quadrants by imaginary straight lines, one transversely and one longitudinally arranged, crossing each other at a right angle at the umbilicus. This would place the horizontal line at the level of the 4th Lumbar Vertebra and the longitudinal roughly corresponding to vertebral column or main abdominal vessels. These would be our landmarks once inside the abdomen, or in the study of the position of the organs by roentgenoscopy or roentgenography.

Case Report

E. V.—Unit No. 12053.—White male of 16 years of age was admitted to the Fajardo Charity District Hospital on July 27, 1942 at 7:00 P. M., because of pain in abdomen. Patient and his father gave the following history of his illness:

Patient had been perfectly well until July 25, 1942 around 10 A. M., when he started to feel a dull pain at the umbilicus, nausea and vomiting soon following. There was no chill nor fever at onset. The pain, with occasional nausea and vomiting, persisted and that night a purgative was given, which was effective the next morning. This gave him no relief, and his pain, nausea and vomiting, and fever starting on his second day of illness persisted to time of admission. He had been anorexic since onset; at no time did he show blood in the stools. No genito urinary symptoms were present.

On admission pain was felt over the whole hypogastrium, but most intensely over the umbilical region.

His previous illnesses had only been minor ones. At no time before had he suffered acute attacks of pain similar to that of the present illness and he had had no gastrointestinal trouble of any frequent or prolonged occurrence that he could remember.

On physical examination we found an acutely ill patient with temperature of 39°C, Pulse 128 and respiration 32/m., with toxic fascies and signs of marked dehydration. There were no relevant localizing signs on the Head, Neck or Chest. His heart occupied a normal position.

The abdomen presented marked tenderness in the area from the umbilicus to the left anterior superior iliac spine extending more towards the left Upper Quadrant than towards the hypogastrium. This area presented marked rigidity on palpation, in fact so persistent as to suggest to us an underlying mass. There was less tenderness elsewhere on abdomen especially in the Right Upper Quadrant, where it was practically negligible. Rebound tenderness was present, most marked over Left Lower Quadrant in its part contiguous to Left Upper Quadrant. Flanks were essentially negative. On auscultation the abdomen was silent. Rectal examination: no relevant data. Genitals: negative. Extremities: negative.

Laboratory Work: (1) WBC 22,900
Diff.: 1 stab, 95 segm., 4 lymphs.
Urinalysis: Reaction acid; albumen, negative; glucose, negative; sediment, few epith. cells; few amorphous phosphates.

With this data at hand we wrote the following commentary:

> "Patient's history is that of an acute illness. Were signs on the right side we would not hesitate to make a diagnosis of acute suppurative appendicitis. But the presence of such marked tenderness in the Left Lower Quadrant with marked rigidity suggestive of an

underlying mass point to this area as the location of the source of trouble."

We then in an attempt at a differential diagnosis considered the most likely diagnoses:

(a) acute Meckle's diverticulitis
(b) acute diverticulitis of colon (sigmoid with abscess formation)
(c) extraperitoneal mural abscess
(d) left sided appendicitis
(e) suppurative mesenteric adenitis

Such other possibilities as ptotic hydronephrotic infected kidney, mesenteric cyst with rupture or intra cystic hemorrhage, malignancy, and obstruction due bands, intussusception, hernia or volvulus were eliminated considering the age, history of course of the illness, type of pain, location of signs and symptoms, absent history of previous G. I. symptoms, and urinalytical findings.

Meckle's diverticulitis was considered very likely to be the diagnosis because of the great similarity in the course which this case presented to that of an acute appendicitis. It occurred to us more likely for an inflamed Meckle's diverticulum to give left sided signs and symptoms than an appendix.

Diverticulitis of sigmoid with abscess formation was considered because of the location of signs mainly over Left Lower Quadrant, region of sigmoid. Yet the absence of history of previous colon trouble, and the age of the patient were not very suggestive.

Mural abscess. — We have had a few cases presenting inflammatory abdominal masses (with no history of trauma; of acute onset, with leukocytosis, and fever of variable intensity) which at first instance seemed to be intra abdominal in location. Exclusion has given us the diagnosis where the location of the mass made roentgenological studies of value in eliminating the possibility of an intra abdominal source of trouble. We have found at operation an abscess of the wall just external to the peritoneum but involving the membrane in the inflammatory reaction, some times to the extent of producing omental and visceral adhesions. But early nausea and vomiting are rare and history is usually of a more prolongued illness than that in this case.

Left sided appendicitis. — Though we honestly did not think it probable yet we could not discard the rather typical sequence of symptoms, the suggestive course of the illness. This, added to the none too infrequent occurrence of an excessively mobile cecum crossing to the left side made us to consider this impression as a possible diagnosis. At no time did our objective findings make us think of the possibility of a Left Upper Quadrant appendicitis — this would have made us discard such a diagnosis.

Acute Suppurative mesenteric adenitis. — We considered this less likely to be the diagnosis cause of the very rapid progressive nature of illness, the absence of respiratory infection and the location of the signs and symptoms.

We had then five possible diagnoses which called for surgery of which two, acute Meckle's diverticulitis and left sided appendicitis seemed the more likely, and so a laparotomy was performed after proper general and local preparation of the patient.

Under Nitrous Oxide — O_2 induction and ether, the abdominal cavity was entered through a low left rectus incision extending slightly above the umbilicus. The peritoneal cavity contained a thin sero purulent exudate. This was suctioned as we explored a mass found higher to the

level of the incision, formed in its lower aspect by omentum and agglutinated small intestine. We then enlarged the incision proximally and exposed the mass formed by the transverse colon, the root of the meso colon to the left of the vertebral column, the cecum and a perforated, abscessed appendix, with small intestine and omentum agglutinated together. The ascending colon and cecum were obliquely, nearly transversely arranged, running in the exposed part nearly parallel and close to the transverse colon to which they were bound by very light, fine non-inflammatory adhesions. The appendix had its base just to the left of the midline and extended to the left and cephalad pointing towards the splenic region, its tip resting on the inferior aspect of the meso colon.

The area was delimited with warm laparotomy pads and the omentum and small intestine separated from the appendix, while the exudate was suctioned and sponged. An appendectomy without inversion of the stump was made, the area thoroughly cleansed free of exudate, and seven grams of sulfathiazol powder spread in that area and adjacent peritoneal cavity. The wound was closed in layers inserting a drain into the rectus sheath (extra peritoneal drainage of the wound proper) after spreading a small amount of sulfathiazol powder in the different layers of the incision.

Patient's post operative course was one of progressive improvement until the seventh, eighth and ninth days during which he presented intestinal cramps with moderately increased peristalsis and a moderate rise in temperature. In spite of his daily bowel movements a low enema was given which relieved him of his pain, and his temperature came down to and stayed normal. Patient was kept in the hospital until his 16th day because of a slight infection of the wound.

Since then patient has had no abdominal distress of any sort. He has been twice subjected to barium studies of colon in an effort to obtain a clear picture of the disposition of his colon.



FIG. I

The accompanying picture (Ba. enema) shows how very nearly all of the colon is found to the left vertebral column. The cecum is seen crossing to the left opposite the 3rd and 4th Lumar vertebrae with an arrow marking the location and direction of the appendix as found at operation.

The other two are pictures of the case to which reference is made in the article,



FIG II



FIG. III

in which the cecum and appendix were found in the sac of a left indirect inguinal hernia in a female. (Figs. 2 and 3).

Summary

A case of an acute suppurative appendicitis in the left upper quadrant is presented which may be the only authenticated case in the surgical literature. No such report is available in the literature of the last twenty years.

The presence of signs and symptoms clinically suggestive of appendicitis elsewhere in the abdomen than in the Right Lower Quadrant do not necessarily rule out appendicitis. There being no other possible contraindication a Barium study of the colon will be useful in ruling out malposition of colon and consequently in ruling out appendicitis out of the right Lower Quadrant if the disposition of the colon and of the cecum is found to be normal.

BIBLIOGRAPHY

1—*Kaspar, M.,* Verlagerung des Wurmfortsatzes in den linken Oberbauch- Zentralbl. F. Chir 62:1881-1884, 1935.

2—*Lichstein, J.,* Rev. of Gastroent.— Vol. 9. No. 6. Pages 424-26. Nov.-Dec., 1942.

CONCEPTOS MODERNOS SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA EPILEPSIA*

JOSE R. MAYMI, M. D.

Santurce, P. R.

Entre los problemas neuropsiquiátricos que se presentan en la práctica del médico general, la Epilepsia es uno de los más frecuentes. En ésta, como en otras enfermedades del sistema nervioso, el médico de la familia ocupa una posición importante que le permite conocer mejor que nadie la situación familiar y el historial pasado del paciente. El es el llamado a manejar, la mayoría de las veces, el caso en sus principios.

Por lo tanto, es evidente que cualquier tentativa que haga el médico general para mejor familiarizarse con este problema neuropsiquiátrico resultará en el mejor cuidado y tratamiento del enfermo epiléptico en su período inicial, y, al mismo tiempo, le dará mayor oportunidad al médico para saber cuándo tiene que referir el caso a un especialista. Esto no quiere decir, desde luego, que todo caso de epilepsia así referido haya de terminar felizmente, pero no hay duda, que así procediendo el médico general habrá manejado el caso de la mejor manera posible.

A pesar de que la epilepsia es una enfermedad tan vieja como la historia de la medicina, no había sido objeto de intensa investigación científica hasta época reciente. En los últimos años su estudio ha logrado avances de tal naturaleza que a nosotros nos ha parecido útil el tratar de hacer un resumen conciso del status actual de la etiología de esta enfermedad.

Todos nosotros conocemos la descripción clásica de la epilepsia como una enfermedad del sistema nervioso caracterizada principalmente por accesos, o paroxismos, o ataques súbitos de contracciones involuntarias tónicas y clónicas acompañadas de pérdida del conocimiento.

Contrario a estas nociones clásicas, las investigaciones más recientes han demostrado que la epilepsia no es una enfermedad *sui generis*, con unidad nosológica determinada, sino un síndrome sintomático de diversas enfermedades, lo cual equivale a decir que no hay una epilepsia sino muchas epilepsias.

De la misma manera que una tos en un enfermo hace necesaria la consideración de todas las enfermedades de las vías respiratorias que producen tos, asimismo cuando nos encontramos delante de un enfermo que padece paroxismos epilépticos debemos hacer un estudio detenido de las diferentes afecciones cerebrales o extracerebrales que pueden producir estos síntomas.

¿Cuál es la causa de la epilepsia o cuáles son las causas del síndrome epiléptico? Esta es en resumen la pregunta que nos proponemos contestar hoy, de una manera práctica y concisa, dejando a un lado todas las consideraciones de orden teórico y teniendo siempre en mente como un axioma que deriva de ellas, la aplicación terapéutica de estas nociones etiológicas.

Las enfermedades que pueden causar epilepsia son muchas. En la práctica general de la medicina algunas son fáciles de descubrir; otras necesitan la ayuda de métodos de diagnóstico especializados. Después de agotados todos los métodos diag-

* Trabajo leído en la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao, celebrada el día primero de agosto de 1943.

nósticos a nuestro alcance, nos encontraremos que existe un gran porciento de casos en el cual no podemos encontrar la causa. En estos casos debemos clasificar el síndrome como una epilepsia de causa desconocida, o si así lo preferimos podemos decir epilepsia criptogenética, que en griego significa lo mismo.

Empecemos por las causas extra-cerebrales de las epilepsias, por caer éstas clínicamente fuera del campo de la neurología.

1—*La uremia y la eclampsia* — En estas dos enfermedades las substancias endotóxicas se acumulan en la circulación y estimulan la célula motriz cortical para producir convulsiones.

2—*La hipoglicemia* — Debida a una dosis excesiva de insulina o a un tumor del páncreas. Esta no es la causa directa. El mecanismo incluye también la hidratación de tejidos y la anemia celular.

3—*Las glándulas endocrinas* — A pesar de la intensa investigación en este campo los hechos aceptados son muy pocos. Mencionaremos solamente como de interés práctico los siguientes hechos:

a—*La hipófisis* — Los tumores de la hipófisis producen convulsiones solamente cuando han crecido lo bastante para salirse de la silla turca y producir compresión encefálica, o indirectamente, por medio de un aumento súbito de la presión del líquido céfalo-raquídeo. La función de la glándula *per se* no tiene relación alguna con la epilepsia, excepto en algunos casos donde existen trastornos del metabolismo del agua.

b—*Los ovarios* — La función ovárica no tiene relación causal alguna con la epilepsia. En un tercio de las mujeres epilépticas, sí existe durante la menstruación una relación cronológica neta con la aparición de los ataques convulsivos. Esto se debe indirectamente a los fenómenos de hidratación y a los cambios vasculares (edema premenstrual) relacionados con la menstruación, los cuales aumentan la susceptibilidad convulsiva del paciente.

c—*Paratiroides* — Aunque los trastornos de estas glándulas producen *tetania*, enfermedad que se parece clínicamente a la epilepsia, no existe evidencia alguna de que las paratiroides tengan relación con la epilepsia.

4—*Enfermedades infecciosas* — En los tres primeros años de la infancia las enfermedades infecciosas agudas son un factor muy importante y muy frecuente en la producción de convulsiones infantiles; sin incluir las enfermedades infecciosas del cerebro y de las meninges.

5—*Substancias tóxicas exógenas* — Muchas substancias químicas pueden provocar convulsiones, especialmente en individuos que poseen la predisposición epiléptica. Tales substancias son el alcanfor, el cardiazol, la coramina, el ergot, la cocaina y la estricnina. Solamente dos de ellas tienen importancia clínica. La intoxicación por el plomo es especialmente importante en los niños que roen con los dientes la pintura de la cuna, y de ello debemos acordarnos cuando no encontramos otra etiología en un niño con epilepsia. La anestesia general, sobre todo el éter, produce frecuentemente ligeras contracciones en la cara, piernas y manos y a veces, convulsiones clónicas generalizadas.

6—*Causas cardiovasculares* -- El "block" cardíaco, la enfermedad de Stokes Adam, y los espasmos de las arterias cerebrales pueden precipitar convulsiones epilépticas por un mecanismo de anemia o de congestión cerebral transitoria.

7—*Epilepsia pleural* — No podemos dejar de mencionar los fenómenos convulsivos producidos durante la punción pleural o el neumotórax artificial, por un mecanismo reflejo. Esto se puede evitar fácil-

mente mediante la inyección previa de un anestésico local.

Pasemos ahora a considerar las causas estrictamente neurológicas:

1—*Tumores del cerebro* — La aparición de un ataque epiléptico por primera vez después de los 20 años y antes de los 60 debe hacer pensar en un tumor del cerebro o en una causa traumática. Un ataque epiléptico es a menudo el primer síntoma clínico de un tumor del cerebro. El 45% de los casos de tumor cerebral producen epilepsia. Cuarenta por ciento de éstos, o sea el 18% del total, producen epilepsia *como el primer síntoma.* Los tumores situados en la zona central de Rolando son los más aptos a producir epilepsia; los situados en los lóbulos frontales u occipitales son los menos epileptógenos. Cualquier tumor cerebral puede producir descargas epilépticas, excepto los situados en el cerebelo.

2—*Los abscesos cerebrales* — Por lo general producen ataques transitorios al principio —después no los producen hasta su curación, cuando se forma una lesión atrófica cicatricial.

3—*El Hematoma Subdural* — Produce epilepsia en el 12% al 20% de los casos.

4—*Trauma* — Quizás la causa más frecuente de epilepsia sea el trauma craniano. De acuerdo con distintas estadísticas de la guerra mundial del 1914 la incidencia era del 10 al 20% entre los casos de traumas cranianos o cerebrales.

5—*Las lesiones cicatriciales del cerebro* — Entre ellas se pueden distinguir: (a) las cicatrices post-traumáticas por fractura con penetración y laceración de la masa encefálica; (b) las cicatrices post-inflamatorias, y (c) las cicatrices consecutivas a un absceso cerebral curado.

6—*Las lesiones atróficas del cerebro* — causadas (a) por un embolismo vascular (b) una hemorragia cerebral, (c) un aneurisma o un hemangioma cerebral, (d) una simple contusión cerebral sin fractura y (e) una compresión debida a una hiperostosis frontalis interna.

7—*Lesiones congénitas* atróficas y lesiones post-meningíticas de la infancia; lesiones causadas por traumatismos obstétricos durante el parto.

En el diagnóstico etiológico de tumores, cicatrices, lesiones atróficas y otras lesiones cerebrales circunscritas, tenemos un medio diagnóstico de mucho valor en la pneumoencefalografía. Este método consiste en la inyección de aire por vía intrarraquídea de todos los espacios subaracnóideos y los ventrículos cerebrales y la subsiguiente visualización radiográfica de estos espacios. Este método, desde luego, entra en el campo de la especialización, así como también el método de la arteriografía cerebral, cuyo empleo no se ha generalizado aún.

8—*Neurosífilis* —

(a) *Sífilis congénita* — La epilepsia puede ser la primera y a veces, la única manifestación de una sífilis congénita pero desde el punto de vista estadístico, la sífilis congénita no es una causa frecuente de epilepsia.

(b) *Sífilis adquirida* — Los gomas sifilíticos, las lesiones vasculares sifilíticas y la parálisis general progresiva son causa relativamente frecuente de convulsiones epilépticas. Esto indica la conveniencia de investigar las reacciones serológicas de la sangre y del líquido céfalorraquídeo en todos los casos de epilepsia.

9—*Epilepsia criptogenética* — A pesar de ser éste un diagnóstico por exclusión, tiene algunas características particulares dignas de mención. Siempre empieza de los 9 a los 14 años, nunca en la infancia ni en la edad adulta. Tiene pronunciada tendencia a la herencia, y, por lo tanto, el

médico no debe en estos casos aconsejar el matrimonio o, por lo menos, debe evitarse la procreación. El electroencefalograma nos ofrece en la epilepsia criptogenética un medio diagnóstico de mucho valor.

Hemos pasado revista a la mayor parte de las causas de los síndromes epilépticos limitándonos hasta aquí a exponer hechos y a evitar toda consideración teórica. Hemos dicho que cuando la causa no puede ser descubierta usaremos el término "epilepsia criptogenética." De todo lo expuesto surge la necesidad de una pregunta: ¿Cuál es el común denominador fisiológico de todos los síndromes epilépticos? En otras palabras, ¿cuál es la causa íntima, fundamental del fenómeno convulsivo? La respuesta es que ninguna de las causas enumeradas puede producir un paroxismo epiléptico si no existe ya en el individuo un terreno, una predisposición, una irritabilidad especial de la corteza cerebral.

Lennox y la escuela de Harvard creen haber descubierto que esa causa fundamental es un fenómeno electro-físico-químico de las células nerviosas motoras corticales, al cual se le ha dado el nombre de Disritmia Cerebral. Esta disritmia cerebral se manifiesta en forma de ondas que pueden ser exactamente registradas en un aparato llamado electroencefalógrafo, que ha adquirido cierto valor como medio diagnóstico en neuropsiquiatría. Actualmente varios centros científicos siguen haciendo estudios de investigación para probar el valor práctico de este aparato.

He limitado este trabajo a consideraciones etiológicas. No podemos entrar hoy en el pronóstico y tratamiento. Sólo me limitaré a indicar que el tratamiento etiológico depende, naturalmente, de la causa, y que entre estas causas hay muchas curables, especialmente quirúrgicas.

Terminaré indicando que el estudio etiológico de un caso de epilepsia no debe de ningún modo impedirnos comenzar lo más pronto posible el tratamiento sintomático: farmacológico, dietético, higiénico y médico-social.

BIBLIOGRAFIA

Cobb, S—Causes of Epilepsy — Archives of Neurology and Psychiatry — 27:1245, 1932.

Gibbs, F. A., Gibbs, E. L. and *Lennox, W. G.*— Cerebral Dysrhythmias of Epilepsy — Arch. Neurol. & Psychiatry — 29:298, 1938.

Lennox, W. G.—Science and Seizures — Harper & Brothers, Pub. 1941.

Penfield, W.—Epilepsy and Surgical Therapy— Arch. Neurol. & Psychiatry — 36:449-484, 1936.

Penfield, W. and *Erickson, T. C.*—Epilepsy and Cerebral Localization— Charles Thomas, Pub., 1941.

Someone said that of all the millions of species of living organisms on the earth the two about which most had been written were man himself and —the tubercle bacillus. Biological Aspects of Infectious Disease. F. M. Burnet, M.D. 1940.

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL PROBLEMA POBLACIONAL DE PUERTO RICO*

P. MORALES OTERO, M. D.

San Juan, P. R.

Antes al descubrimiento habitaban la isla de Puerto Rico los indios aborígenes[1]. La isla no estaba toda en poder de los aruacos, pues los caribes ocupaban la parte oriental y es probable que la población de Borinquen fuera una mezcla de ambas familias, que vivían agrupadas en tribus, y guiábanse por un cacique.

En el año 1509 desembarcó en Puerto Rico, Juan Ponce de León con 20 hombres, y dos años después había en la isla 200 españoles adultos[2]. Hubo ese año una rebelión de los indígenas, matando 80 españoles que habían poblado Aguada bajo el mando de Cristóbal Sotomayor. La rebelión fué suprimida y en ella perecieron numerosos rebeldes. Los supervivientes fueron subyugados y distribuídos entre los españoles. Algunos indios se internaron en la sierra de Luquillo, de donde salieron una noche en incursión armada, arrasaron un poblado de españoles que había en la costa oriental de la isla, mataron a sus habitantes y destruyeron su ganado. En 1529[3] el Rey de España concede a ciertos mercaderes el privilegio de introducir en Puerto Rico cien negros esclavos y, según anota Baltazar de Castro, introdujéronse poco después otros cien, interviniendo en esta operación el contador Lando. Los negros trajeron consigo algunas enfermedades, entre ellas la viruela que causó una epidemia y diezmó una tercera parte de los habitantes de la isla en aquel entonces[4].

Para evitar la desproporción excesiva de hombres, dictó el Rey una pragmática (1528) obligando a los colonos a casarse, so pena de perder sus pertenencias[5]. Mientras tanto, muchos colonos habían tomado como concubinas las mujeres indias que les fueron asignadas como sus sirvientas por Ponce de León[6]. El primer censo de Puerto Rico fué hecho por el Gobernador Francisco Manuel Ovando, en 1531[7], arrojando las cifras siguientes: españoles casados, blancos, 57; casados con indias, 14; solteros, 298. Total de españoles, 369. Indios libres, 473; indios esclavos, 675. Total de indios, 1,148. Negros esclavos: hombres, 1,168; hembras, 355. Total, 1523. Número total de habitantes, 3,040.

No se incluyeron en este censo a los hijos y familiares de cada colono; pero aún tomando en consideración las cifras omitidas, la raza blanca aparece en proporción desventajosa . . . "y poco favorable a la moralidad en las costumbres," comenta Brau[8], agregando que "debía ser esa cifra crecidísima de solteros sin vecindad, labradores algunos, rezagados de una expedi-

* Conferencia leída en la reunión anual de la Asociación de Tecnólogos médicos y microscopistas, septiembre 15, 1943.

1—Monsieur H'Beuchat citado por Pablo Morales Cabrera, *Puerto Rico Indígena*, San Juan, P. R., Imprenta Venezuela, 1932, 9.

2—Pedro Tomás Cardona, *Memoria Sobre Todos los Ramos de la Administración de Puerto Rico*, Madrid, Imprenta Yanes, 1838, 3.

3—Pablo Morales Cabrera, *opus cit.* 29.

4—Salvador Brau, *Colonización de Puerto Rico*, Tipografía Heraldo Español, 1908.

5—A. Tapia y A. Rivera, *Biblioteca Historia de Puerto Rico*, Imp. Márquez, 1864, 115-19.

6—Salvador Brau, *op. cit.*

7—Salvador Brau, *Historia de Puerto Rico*, Nueva York, Appleton & Co., 1904, 70-71.

8—*Ibid.*

ción del Padre Las Casas, fracasada en 1521, pero en su generalidad formada por tahures y estafadores.'' A lo que parece, tampoco se incluyeron en este censo las mujeres casadas, de las cuales 50 eran nacidas en Castilla.

El profesor Rosario[9], al comentar los resultados de este censo, llama la atención hacia la mezcla de españoles e indios, establecida desde un principio, el número exiguo de indios que quedaban en la isla y el número pequeño de blancos, en comparación con el número de indios y negros. Poco después, Don Juan Castellano vino a la isla con su esposa e hijos, trayendo consigo 75 colonos[10]. Hiciéronse arreglos para importar de España 50 familias pobres y por orden del Rey se obligó a los traficantes de esclavos traer un blanco libre por cada 5 negros que importaran. Desde el año 1536 al 1553 se introdujeron 1,500 negros, sin contar los que entraban de contrabando[11]. La estadística de 1590[12] arroja la cifra de 2,500 sujetos blancos, excluída la guarnición. En 1,600 sólo existen tres poblaciones. Trataba la Corona de España de aumentar el número de españoles blancos residentes en la isla, pero los continuos ataques ingleses, franceses e indios caribes a la reciente colonia no eran un incentivo para los colonos, y éstos o no llegaban nunca o abandonaban la isla, quedando las tierras incultivadas.

Al final del siglo XVIII la población de Puerto Rico crece de una manera extraordinaria. En 1777, once años después del censo de O'Reylly, la población es de 70,210 habitantes, o sea, ha habido un aumento de 26,210 habitantes; y en 1800 ya la población alcanzaba la cifra de 155,426 habitantes, con un aumento de 271 por ciento en 35 años.

El crecimiento de la población continúa y en 1815 el censo arroja una cifra de 220,892 habitantes, habiendo aumentado un 43 por ciento durante los primeros 15 años del siglo. Exponen los historiadores varias causas para este aumento en la población. Por Real Orden de 1804[13] se declararon habilitados para el comercio los puertos de Aguadilla, Cabo Rojo, Ponce y Fajardo, disponiéndose además la abolición del impuesto sobre destilación de ron, la suspensión del abasto obligatorio de carnes, la libre exportación de ganados y la extinción del monopolio sobre la venta de harina de trigo. Se prescribió la fundación de una ''Sociedad Económica de Amigos del País'' a fin de promover el desarrollo de la industria, tráfico de agricultura y la propagación de conocimientos útiles. El primero de agosto de 1815 una Real Cédula estableció el comercio con los Estados Unidos y colonias extranjeras en barcos españoles, exentuó de derechos la importación de esclavos, admitió colonos extranjeros católicos con sus esclavos, concediéndoles terrenos para cultivar.

Es posible que el aumento en la población anterior a estas órdenes se debiera a que los censos fueron tomados con más cuidado, ya que los primeros revelaban grandes omisiones.

En este período entran al país 324 extranjeros católicos y 83 ''caballeros de Luisiana'', algunos de ellos acompañados de sus esclavos. El censo de 1934[14] arroja el siguiente resultado: blancos, 188,869; mulatos, 101,275; negros libres, 25,124; negros esclavos, 41,818; tropas y prisioneros, 1,750; en total, 358,836 habitantes.

9—José C. Rosario, The Porto Rican Peasant His Historical Antecedents, published in *Porto Rico and Its Problems*, The Brookings Institution, Washington, D. C., 1930.

10—Ablad y Lasierra, *Historia de Puerto Rico.*

11—*Ibid*, 358.

12—Salvador Brau, *op. cit.* 117.

13—Salvador Brau, *op. cit.* 225-226.

14—Ablad y Lasierra, *op. cit.*, 301-305.

En 1846[15] el número de habitantes llega a 443,139 y en 1860 a 583,308. Para esa fecha ya residían en la isla 1,726 extranjeros blancos y 1,930 de raza de color. Los propietarios ascendían a 13,418, de los cuales 8,855 eran blancos y 4,563 de color. Este censo anota 27,037 labradores, de los que 17,395 eran blancos y, entre otras profesiones, aparecen 469 maestros, 15 de ellos de color. En total, la proporción de blancos a negros era como sigue: 300,430 blancos y 282,741 negros, en los que figuran 41,736 esclavos.

Es de notarse que a pesar de esta proporción entre las razas, la mayor parte de los obreros agrícolas era de raza blanca y que entre los maestros de escuela sólo había 15 de color. No obstante la aparición del cólera morbo (1855-56)[16] que causa una merma de 30,000 habitantes en la isla, la población demuestra un aumento considerable. Este censo es el último anterior a la abolición de la esclavitud (1872).

Durante el siglo XIX la emigración de españoles crece notablemente, estimulada, al parecer, por el comercio, las industrias y las posiciones oficiales, todas en manos de peninsulares.

Población. En la actualidad la población de la isla es de 1,869,255 habitantes[17], o sea, casi el doble de la que existía en el año 1899, que era 953,234 almas. La isla está, pues, doce veces y media más poblada, relativamente, que los Estados Unidos de América; esto es, teniendo en consideración el número de habitantes por superficie cuadrada de territorio.

Si calculamos el número de acres por persona, encontraremos que Puerto Rico tiene 1.15 cuerda por habitante; las Islas Filipinas, 6.06; Cuba, 7.50; Hawaii, 11.15, y Estados Unidos, 15.77 (téngase en cuenta que en esta cifra están comprendidas las tierras cultivables y no cultivables).

La población de Puerto Rico es sólo superada por las de países industrializados, con rico subsuelo mineral (como Bélgica) y con centros importantes de comercio y banca, o por valles muy fértiles como el del Nilo. Japón tiene una cuantiosa población, pero es un país industrial, con una gran industria pesquera de la que deriva en gran parte el sostenimiento de sus naturales. Hay otros países agrícolas más densamente poblados que Puerto Rico (algunas regiones de la India, China y Java), pero el nivel de vida de sus habitantes es más bajo.

Entre los países agrícolas del Hemisferio Occidental que aspiran a elevar sus normas de vida, Puerto Rico presenta un aspecto peculiar. Actualmente su natalidad alcanza alrededor de 40 por 1,000 y su mortalidad a 17 por 1,000; de suerte que el promedio de aumento natural es aproximadamente de 20 por 1,000. La natalidad no ha cambiado mucho desde los tiempos de la dominación española, habiéndose mantenido, poco más o menos, igual. Sin embargo, la mortalidad ha descendido de 40, aproximadamente, en 1899, a 17 en 1940. Lo que quiere decir que el promedio de aumento natural de la población se ha duplicado, pasando de 10 a 20 por mil. Siempre y cuando el promedio de nacimientos se mantenga estacionario y la mortalidad continúe descendiendo, el promedio de aumento natural proseguirá ascendentemente.

El crecimiento rápido de la población produce como resultado una desproporción entre el número de niños y el número de adultos. Aproximadamente el 40.6 de nuestra población total[18] está compuesto de niños menores de 15 años de edad, proporción superior a la de 25 por ciento de la pobla-

15—*Ibid.*
16—Salvador Brau, *op. cit.*, 248-249.
17—Censo Oficial, 1940.
18—Censo Oficial, 1940.

ción total de los Estados Unidos continentales. El 43.5 por ciento de nuestra población rural está compuesto por menores de 15 años de edad. Nótese la desproporción con la población de las ciudades urbanas en que los menores de 15 años alcanzan el 34.1 por ciento.

En contraste con esta proporción elevada de niños está la relativamente exigua de ancianos. El censo solamente da 63,106 personas de 65 años en adelante, o sea, el 3.4 del total, que es casi la mitad de la proporción de ancianos en los Estados Unidos continentales, donde llega a 6.8. Si añadimos el 40.6 de niños menores de 15 años al 3.4 de ancianos, obtendremos un total de 44 por ciento de sujetos que dependen para su subsistencia del 56 por ciento restante.

En 1940 el número de varones sobrepasó al de hembras por primera vez, llegando a 100.8 por cada 100 hembras, o sea, un excedente de 7,305 varones. De 1,867,255 habitantes, 566,356 personas, o sea, un 30.3 por ciento del total, residían en la zona urbana y 1,302,898 en la zona rural. Los sujetos de color constituyen el 26.5 por ciento del total de la población urbana, en comparación con 22.1 por ciento de la población rural, lo que hace un total de 23.5 por ciento en toda la isla. En la población urbana hubo un excedente considerable de hembras: 87.7 varones por cada 100 hembras. Por el contrario, entre los residentes en el campo hubo 107 varones por cada 100 hembras.

En una investigación llevada a cabo en la zona rural de Puerto Rico[19], se observó una excesiva proporción de población infantil. En todo el territorio investigado, los niños menores de 5 años constituían el 17.9 por ciento de la población total y los menores de 15 años formaban el 47.7 por ciento de aquélla. Debido a este número de sujetos de edad infantil y juvenil, la proporción de individuos que alcanzaba la ancianidad era relativamente baja. Trataremos de comparar estos datos con los estados del sudeste central de los Estados Unidos (Kentucky, Tennessee, Alabama, y Mississippi). Estos estados son los más parecidos a Puerto Rico por su organización económico social, por tener una gran cantidad de población rural, gran número de habitantes de la raza de color, un coeficiente de natalidad elevado y un gran número de sujetos de edad infantil en relación con el número de mujeres de edad marital. En nuestro estudio, la población rural es de 44.5 por ciento, mientras en los estados mencionados fué de 37.6 por ciento. La población comprendida entre los grupos de 25 a 34 años de edad y de 34 a 55 (edades productivas del hombre) es mayor en los estados mencionados que en Puerto Rico.

Como resultado de esta distribución de nuestra población se ve que Puerto Rico tiene menos trabajadores adultos y más personas que dependen de ellos que cualquier otro territorio de los Estados Unidos, lo que causa una merma considerable en la productividad económica de Puerto Rico. Los coeficientes de natalidad de las zonas agrícolas estudiadas por nosotros son, poco más o menos, los mismos en la región tabacalera (40.8%), en la cafetera (41.-1%) y en la frutera (40.8%), arrojando un promedio total en toda la zona rural investigada de 40.9 por 1,000.

Al interpretar las cifras arriba expuestas tenemos que tener en cuenta la influencia que puedan ejercer sobre ellas las irregularidades (omisión de la inscripción, falta de datos y de uniformidad, etc.) en la inscripción de nacimientos, pero debemos advertir que desde el año 1931 existe una ley insular que obliga a cumplir con

19—P. Morales Otero y M. Pérez, *et al.*, P. R. J. Pub. Health & Trop. Med., XIV (1938), 201.

este requisito, habiendo mejorado notablemente la inscripción en los últimos cinco años, de manera que podemos estimar que sólo dejó de inscribirse en las oficinas del gobierno menos de un 10 por ciento de todos los nacimientos. Las cifras de natalidad que aquí presentamos son probablemente las más elevadas que se han registrado en Puerto Rico, pues en los campos de este país es donde, proporcionalmente, nacen más niños.

La relación proporcional entre el número de niños y el número de mujeres puede servirnos para determinar la fecundidad efectiva, la cual ocupa un puesto intermedio entre la cifra bruta de nacimientos y la cifra neta de reproducción. Esta cifra es grande en todos los municipios, oscilando entre 540 en Arecibo y 848 en Las Piedras. En toda la región de tabaco la proporción era de 695, de 684 en la de café, y 642 en la zona de frutas y cocos. Estas cifras son bastante similares a la de los 47 municipios investigados, cuya proporción (en total) llega a 681. La cifra total para todo Puerto Rico (nótese la semejanza) es de 616.

Por este mismo medio pueden determinarse los cambios que sufre la fecundidad femenina en un grupo poblacional en diferentes épocas. En 1910 el coeficiente de natalidad fué de 721, descendió a 682 en 1920, a 638 en 1930 y hasta 616 en 1935, o sea, 5.5 por ciento de descenso en el decenio de 1910 a 1920, 6.4 por ciento de 1920 a 1930, y 3.5 por ciento de 1930 a 1935. Es indudable que, a pesar de que la población general de Puerto Rico puede seguir creciendo todavía con bastante rapidez, el ritmo de crecimiento va ya disminuyendo lenta y progresivamente como consecuencia de la menor fecundidad de las mujeres de edad marital.

La gran fecundidad femenina en Puerto Rico queda demostrada si se compara con otros grupos poblacionales de otros países. Utilizaremos aquí también los estados del sudeste central de los Estados Unidos. El estado con mayor índice proporcional entre la población infantil y femenina es Nuevo Méjico con 570, le sigue Kentucky con 504, Alabama con 492, Mississippi con 464 y Tennessee con 450. Compárense esas cifras con la de 616 para todo Puerto Rico y 391 en todo el territorio estadounidense y quedará demostrada la gran fecundidad de la mujer puertorriqueña. La rapidez con que ha crecido la población de Puerto Rico es sólo explicable por su rápido desarrollo económico. Necesariamente hemos de pensar que, en las condiciones actuales, la población se multiplica hasta el límite de su subsistencia, determinada ésta por el bajo nivel de vida de nuestros habitantes. Y a este respecto vemos repetirse en Puerto Rico la historia de Java y el Japón: la reproducción humana sigue paralelamente a la producción material: científica, técnica, industrial, agrícola, comercial, etc.

Como no sabemos el límite ínfimo de subsistencia del ser humano, o sea, las condiciones mínimas, imprescindibles para mantenerse la vida del hombre, prodigiosamente adaptable a todas las contingencias, en un régimen de explotación y lucro no podemos predecir hasta donde podrá alcanzar esta proliferación humana. De continuar esta situación inalterada, esto es, aumentando, aproximadamente, 40,000 almas por año, a la vuelta de veinte años Puerto Rico tendrá una población de 3,000,000 de habitantes.

Ahora bien: no puede decirse propiamente que un país está superpoblado si no existe un desequilibrio entre las necesidades de sus habitantes y los recursos para satisfacerlos. Aún más, este desequilibrio o desproporción puede ser el resultado de un aumento rápido en el número de habi-

tantes, o un aumento artificial de sus necesidades (en el concepto de "necesidades artificiales" comprendemos las no estrictamente "naturales", o sea, las aspiraciones "nuevas", creadas por el avance de la civilización: artísticas, científicas, recreativas, deportivas, de comfort, etc.) o una disminución de sus medios de subsistencia, cualquiera de cuyos casos no debe confundirse con el fenómeno sobrepoblación, que es siempre un fenómeno constante y no temporal o transitorio. El desempleo o paro forzoso, por ejemplo, puede ser eventual y obedecer a desajustes sociales y económicos de orden pasajero. De aquí, que el número de habitantes por área cuadrada no da una idea de la sobrepoblación de dicha área, si no se examinan cuidadosamente los recursos con que cuenta la misma para satisfacer las necesidades de los seres que la pueblan.

Los habitantes de un país tienen necesidades naturales y culturales que satisfacer; del perímetro que habitan deben poder sacar los medios para la mera subsistencia física. Pero, además, energía física y mental para producirlas. Son el ingenio, la voluntad de dominio, el espíritu de lucha, la habilidad para el trabajo quienes determinan el grado de desarrollo económico. Las medidas cuantitativas, como el número de habitantes por kilómetro cuadrado, las cifras de materiales importados o exportados pueden demostrar la fortaleza o debilidad de un conglomerado humano en un momento dado de su historia, pero hay que tener en cuenta que la calidad importa más que la cantidad para aquilatar la capacidad productiva y la distribución del producto y deducir así otros factores que pueden afectar el consumo y el poder adquisitivo. El progreso de una comunidad no ha de juzgarse solamente a base de su comercio e industria (compra y venta, producción y consumo) sino que es necesario valorar éstos en relación con el grado de cultura y en conjunción con otros factores muy variables y nunca estáticos.

El aspecto comercial es muy digno de tenerse en cuenta en una isla como ésta, que necesita de un balance comercial favorable que pueda permitirle el intercambio de productos agrícolas por comestibles o por productos industriales, importados, en su mayoría, del continente. Como la isla tiene que depender exclusivamente del comercio con el continente, su mercado se ve afectado casi siempre por leyes y reglamentos nacionales aplicables al pueblo de Puerto Rico y, por ende, facilitan o no la adquisición de sus medios de subsistencia.

Igual sucedía en tiempos de la dominación española. Los cambios de política en la metrópolis influían profundamente en la vida económica de la isla, la cual no podía intervenir ni ser oída al formularse el programa legislativo que a ella atañía. Así vimos cómo la importación de esclavos y las leyes e impuestos que reglamentaban este comercio trastornaron la estructura económica de nuestro pueblo, sin que éste pudiera tener apenas intervención en ello. Toda la política colonial española influye del mismo modo en nuestro pueblo, sin participar nosotros en su formulación y desarrollo.

Más o menos lo mismo, aunque en diverso modo, sucede hoy con los Estados Unidos[20]. Nuestra vida sigue inadvertidamente las poderosas corrientes que mueven la política nacional. Después de la invasión americana se estableció aquí el comercio de cabotaje con los Estados Unidos, lo que ofreció oportunidades para obtener grandes beneficios bajo la protección de los aranceles, o sea, por medidas políticas

20—E. W. Zimmerman, Staff Report of the Interdepartmental Committee on Puerto Rico, Washington, D. C., Sept., 1940.

como las leyes tarifarias, en cuya formulación nosotros no intervinimos. Nada se hizo entonces en el continente para proteger la estructura económico-social de nuestro pueblo; tampoco lo hicimos nosotros en nuestra legislación. Así vimos irrumpir en la isla capital y técnicas americanas, métodos, ideas, actitudes del continente que influyeron sobre nuestra población y que, indudablemente, hicieron progresar la agricultura comercializada, y de igual modo otros aspectos de la civilización, como escuelas, caminos, hospitales, sanidad, etcétera, los cuales, implantados con criterio más amplio y, al mismo tiempo, más realista, hubiesen producido también beneficios económico-sociales permanentes a toda la comunidad. Pero nuestra ceguera (siempre las épocas de prosperidad son deslumbradoras) y la falta de previsión de la política nacional (Estados Unidos pasó a ser una de las primeras potencias mundiales después de la guerra hispanoamericana y no había definido aún su política colonial) nos han conducido al estado en que nos encontramos hoy.

Junto con esa irrupción de capital y nuevas técnicas vinieron también otros agentes de penetración como el *magazine*, los grandes anuncios comerciales, el cinematógrafo, las tiendas de departamentos, y más tarde, la radio, la propaganda vociferante, hablada y escrita, las tiendas de 5 y 10 cts., que se han volcado de manera tan rápida y violenta sobre la masa puertorriqueña, de tal manera que gran parte de sus componentes, los más desdichados, no han podido adaptarse al nuevo ambiente.

Otro ejemplar del mismo orden es la aplicación de la maquinaria para ahorrar brazos. En el continente donde escaseaba la mano de obra y había que importar obreros de Europa para satisfacer la demanda de la industria, se inventaron maquinarias que ejecutan la labor de muchos hombres. Nosotros importamos esas maquinarias y las utilizamos aquí, donde nos sobran brazos ociosos, y agravamos nuestro problema de desempleo. Es posible que la aplicación de la maquinaria haya producido economías en la producción que se traduzcan en abaratamiento del artículo de consumo y en una elevación de jornales para los que siguen trabajando, pero el hecho que queremos demostrar es que desplaza brazos donde los brazos sobran. En el primer momento en que se implanta la maquinaria sustituyendo la labor a mano, se produce siempre una crisis de trabajo.

Nuestro comercio exterior sufre las consecuencias, beneficiosas o perjudiciales, que se derivan de nuestro indefinido *status* político, en el que nuestro país aparece incluído dentro del "área doméstica" sujeto por tanto a la tarifa de los Estados Unidos. Recientemente, con la política de "buena vecindad" del Departamento de Estado, se han hecho tratados en que se rebajan los derechos arancelarios a artículos que nosotros exportamos[21]. Así ha sucedido con las Filipinas, exceptuada del pago de derechos de entrada de ciertos artículos como el tabaco, aceite de coco y botones; con Cuba, a la que se hicieron concesiones que afectan al azúcar, tabaco, cigarros, hortalizas, ron, piñas y toronjas; con Turquía y Holanda, en relación con el tabaco; con Suiza, sobre pañuelos, y con el Imperio Británico, referente a cocos, ron y piñas. En todos estos casos los países mencionados se han beneficiado de estos cambios, mientras que nosotros hemos tenido que seguir comprando en el mercado continental cueros y zapatos, cigarrillos, fertilizantes, productos de petróleo, automóviles, materiales de construcción, etcé-

21—E. W. Zimmerman, *op. cit.*

tera, etc., sin que se nos haya hecho rebaja alguna.

Es lógico pensar si sería beneficioso para la isla que el Congreso de los Estados Unidos continuase su política de economía integral, o si sería mejor modificarla o variarla en lo que respecta a Puerto Rico.

Queda, pues, demostrado que no es solamente el gran número de habitantes, como suelen opinar algunos, la causa de nuestros complicados problemas económico-sociales. Hay un sinnúmero de factores que sobre él influyen, los cuales convendría estudiar cuidadosamente antes de proponer soluciones a los mismos.

One of the nests of tuberculosis which remains in our population is represented by older men, particularly homeless indigents. Mary Dempsey, N.T.A.

A NOTE ON THE DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH IN PUERTO RICO*

E. MARTINEZ RIVERA, M. D.; M.Sc. P.H.; F.A.P.H.A.

San Juan, P. R.

The first sanitary measure of which there is any record in the history of the island of "San Juan Bautista de Puerto Rico" now known as Puerto Rico is the transference of the seat of the government from Caparra, now known as Pueblo Viejo, (where the capital of the island had been established since 1509, when Ponce de León founded this town), to the site upon which San Juan now stands. The transfer was made in 1521 largely on account of the unhealthful situation prevailing there due to what we now know as malaria, and because other diseases were predominant in that area.

It was 247 years later that any other steps were taken, as far as we have been able to determine, for there is no record that any other sanitary measures were taken in Puerto Rico during those two and a half centuries. It was in 1768 when the first "Provincial Sanitary Commission" was created in Puerto Rico: "in response to the urgent needs of the times." The first duty of this commission was: "to look after the medical inspection of ships arriving at the capital of the island," specially slaves ships, which often brought human cargo which was suffering from severe forms of epidemic diseases. As far as we have been able to determine, this was the first time any such measures were taken by the government for the protection of the inhabitants of this colony.

In 1803, or just seven years after Janner's historical vaccination of William Phipps, vaccine was introduced here from St. Thomas by the Captain-General of that time named De Castro, and vaccination was conducted by Dr. Francisco Oller. A year later (1804) there were approved by the Governor-General regulations drawn up by Dr. Oller and Dr. Francisco Javier Balmis: "having in view the preservation, propagation and use of vaccine." Dr. Oller vaccinated 1570 persons in a period of 33 days and through this measure undoubtedly contributed to the control of an epidemic of small-pox which we are told was predominant in the island at the time. When Dr. Francisco Javier Balmis arrived at Puerto Rico in 1804, having been sent from Madrid by King Charles IV with the purpose of introducing vaccination in the provinces, he found that, as far as Puerto Rico was concerned, he was a year too late since as we have already said, we had introduced that measure one year before.

In 1818 a physician was appointed to report upon the vaccination and the means of preventing the spread of small-pox; these measures were no doubt estimulated on account of two severe epidemics of small-pox that visited the island in the early part of the XIX century.

Due to the scarcity of physicians in Puerto Rico for as far as we can discern historical data prove that lack of sufficient physicians is nothing new and on the contrary have prevailed since the early days of the colonization, and due also to

* Part of the Report of the Bureau of Public Health Units for the fiscal year 1942-43.

the many epidemics which frequently broke out here, in the year 1816, the first Medical School was established at San Juan at the Military Hospital which was created in same site where the Army Post Hospital of San Juan now stands. The organizer and director of this Medical School was Dr. José María Espaillat and he was assisted by Dr. José M. Vargas. The school functioned until 1845 when for reasons unknown to us it was closed. As an interesting point, we may mention that Dr. Espaillat was also the organizer of the first Medical Association in Puerto Rico, which he created in 1820.

In 1813 the maritime commerce had grown so rapidly that the Sanitary Commission was reorganized so as to include all the ports of the island; in the following year 1814, a decree was issued by the "Division of Policy and Good Government" establishing the duty of all municipal authorities: "to look after public hygiene, cleanliness of streets, back yards, "patios", etc., the proper disposal of garbage and of other waste products." It was made compulsory for all physicians to report to the proper local authorities: "deaths or cases of contagious diseases which might occur in their respective towns."

Apparently there was dissatisfaction with the way such Commissions discharged their duties, for in 1830 another decree was promulgated determining who should compose such commissions, and declaring further that: "the mayor, the priest, the port-captain, the physician, and *two honorable citizens*", were to form part of such commissions.

It was through the initiative of one of the greatest educators in these parts of the world that, about the middle of the XIX century, the first laboratory was created in the island. The glory goes to father Rufo Manuel Fernández, better known today simply as "Father Rufo", who in the year 1851 established the first laboratory for the study of physics and chemistry in the island of Puerto Rico. The laboratory was located at San Juan and through the influence of "Father Rufo", not only the study of physicis and chemistry was estimulated but of all other natural sciences and of scientific investigations, sharing in the teaching, for as it is well known, he was a splendid educator.

It was in the year 1885 that the Spanish Government established in each municipality a "Civil Register" wherein was required to be recorded all births, deaths and marriages, such law requiring that a municipal report of these facts should be sent to the Governor-General every fifteen days.

Six years later or in 1891 on account of the prevalence again of small pox, a "Vaccine Institute" was created which operated until 1893 vaccinating during that period several thousands inhabitants.

In 1893 Dr. Francisco del Valle began the publication of "The Health" (La Salud). It was devoted chiefly to the propagation of the principles of preventive medicine and hygiene and as far as we know, this was the first publication of the nature in the island.

Shortly after the change of Government which occurred in 1898, or to be more specific in 1899, a general vaccination of the whole population was undertaken by the military medical authorities and a total of 860,000 people were vaccinated during the period from March 1 to June 30 of the same year, at a total cost of only $30,000.

After the establishment of the Civil Government in the year 1904 a law was approved whereby a new Department of the government was created, known as the "Consolidated Department" (Consolida-

do), which was in charge of Health, Charities and Corrections, and although the law was ammended at various occasions, all matters pertaining to sanitation and charity remained in the Consolidated Department until the year 1912, when through the approval of the law of March 14, 1912, the Insular Legislative approved "An Act to Reorganize the Sanitation Service" whereby the position of "Director of Sanitation" was created; this act also provided a "Superior Board of Health" to serve as an advisory body on all matters concerning sanitary questions, and as a legislative body to provide the necessary sanitary rules and regulations. Some of the bureaus which still exist in the present organization were created by this act, the rest are the result of the growth and expansion of the Department both in the volume of work rendered and in the new activities undertaken for the protection of the public.

In the year 1917, the National Congress of United States approved the "Jones Act", also known as the "Organic Act for Puerto Rico." This Act among other things, contains the following provisions in regards to Health and Sanitation: *"The Commissioner of Health* shall have charge of all matters relating to public health, sanitation and charities, except such as related to maritime service, and shall perform such other duties as may be prescribed by law."

By the action of the "Organic Act" the title and position of *Commissioner of Health,* was created, thus substituting the old position of "Director of Sanitation" and giving the incumbent very much broader duties and powers as well as making him a member of the "Executive Council" of the Governor of Puerto Rico.

The scope and activities of the department at that time (1917) were very limited, the whole work consisted practically of sanitary inspections, abatement of nuisances and attempts at the control of certain communicable diseases. Their field personnel was small, only a few physicians (8) with no training in real public health work, and a number of sanitary inspectors whose work was sanitary police. The island was divided into eight (8) sanitary districts with a medical inspector in charge of each district and a sanitary inspector under his orders to do sanitary police. There were also a few rural sanitary inspectors in charge of the hookworm campaign who were transferred from one municipality to another as their work was considered completed in one place.

This was all the sanitary work done in Puerto Rico for several years, with the only variation that the number of inspectors and physicians was increased as more funds were available and except for the work done by the anemia commission, which work later on was taken over by the International Health Board of the Rockefeller Foundation in cooperation with the Health Department.

In the year 1921 the Puerto Rico Chapter of the American Red Cross introduced in the island the first activities in the line of Public Health Nursing by opening a baby dispensary in Puerta de Tierra. Other dispensaries soon followed the first one and the experiment proved so successful that by the year 1923 the Department of Health took over the dispensaries and opened new ones, which proved to be the first official activities of Insular Government in the line of Public Health work, finally culminating in the organization of Public Health Units. These dispensaries were extended so as to include other lines of health work, and by 1924 there were maternal and child hygiene, tuberculosis and venereal diseases dispensaries, at the

same time the work on uncinariasis was continued and the antimalaric work had been undertaken. But all these activities were directed from the central offices by the individual bureaus in charge of each one, with no coordination between them, specially in the field.

At the invitation of the International Board of the Health Division of the Rockefeller Foundation during 1925 the then Assistant Commissioner of Health, Dr. Antonio Fernós Isern, now Commissioner of Health, and later, Dr. Pedro N. Ortiz, then Commissioner of Health, visited a number of county health units in the continent. They were favorably impressed by what they saw and it was decided that with certain necessary modifications to adapt the idea to our needs and problems of Public Health Units, the system could be implanted in Puerto Rico.

The following paragraphs of historical interest are quoted from an article by Mr. Manuel A. Pérez, then Chief, Bureau of Vital Statistics, published in the March 1926 issue of the Puerto Rico Health Review (Vol. 1-No. 9, pages 14-15):

> "The conference of District Medical Inspectors which was held recently by the Department of Health of Porto Rico was a great success. It was the means of bringing together the leading officials of the Department, making it possible for them to study and acquire additional information on public-health matters . . .
>
> The leading address of the afternoon session was made by Dr. Antonio Fernós Isern, Assistant Commissioner of Health, who spoke on County Health Work and Epidemiology. In a most interesting way he outlined a plan by which county health units might be successfully organized throughout Puerto Rico; by uniting the various services of the Department in each municipality under one county health officer, with local authority vested in him. This system was given careful study by Dr. Fernós while on his recent trip north, and in his address he explained how it has been established in several States with splendid results. In conclusion he emphasized that the nature of sanitary work should be essentially medical and scientific, and made mention of the fact that today Hygiene and Sanitation constitute a specialty in the medical profession. In fact, several of the leading American Universities are at present extending the degree of Doctor of Public Health."

Due thought was given to the selection of the site of the first Health Unit and the personnel to compose it, since it was to be the demonstration unit and on its success or failure depended the future of the public health units program to be operated in the island.

The municipality of Río Piedras was chosen for the following reasons:

(a) Its proximity to the capital, whereby easy supervision from the Central Office was possible.

(b) With the growth of the adjacent capital city and the overflow of its population, the surrounding territory, the urban zone of Río Piedras was rapidly gaining in wealth and importance. The official calculated population, based on the census of 1920 and growth in the previous ten years, was estimated in 20,437 in the rural zone and 7,657 in the urban zone, or a total of 28,094.

(c) The municipality of Río Piedras was

considered characteristic of that of the northeastern coast of the island and provided both, urban and rural population with their respective problems.

(d) The University and the Experimental Station, as well as the Insane Asylum and the Antituberculosis Sanatorium were located in Río Piedras and the newly constructed Leprosorium was also close to Río Piedras.

(e) The municipal authorities were very willing to cooperate and to provide the necessary funds for the establishment of the first health unit in the island as a demonstration center.

An agreement was reached between the municipal authorities of Río Piedras, the representative of the Internation Board of the Rockefeller Foundation and the Department of Health, whereby the expense of the Unit would be shared as follows:

One fourth by the Municipality of Río Piedras.
One fourth by the Rockefeller Foundation.
One half by the Department of Health.

and in the future the Rockefeller Foundation would gradually reduce its contribution while the municipality would increase its share in the same amount reduced by the Foundation, until finally, after four years, the total cost would be shared equally by the Department of Health and the Municipality of Río Piedras and the Foundation would withdraw its help. This same arrangement was used at first in the establishment of other health units in the island.

"It was proposed that during the first year the chief objectives of each Unit should be the determination of the most urgent problems and the employment of the organization to handle them. The operation of the sanitary police was to be left undisturbed until the new activities were established. During the period of organization the personnel of each unit was as follows:

One full time Medical Health Officer.
One Clerk Microscopist.
Two or three Public Health Nurses.
One Caretaker",
and such other subordinate personnel as may be necessary."

From the report of the Commissioner of Health for the year 1926-27, we copy the following paragraph:

"The municipal health unit was organized to unify the control of those activities related to the prevention of diseases and the conservation of health. There is no intention that the Unit will take any part in the functions of the regularly constituted agencies for the treatment of the indigent sick. It was recognized upon the organization of the unit that there were many new health projects which were urgently needed for the health of the growing children of the municipality and that the organization of only a limited number of these projects would consume the entire attention of the Director during the first year. It was decided, therefore, that during the period of organization these new activities of the unit should function simply as another of the health agencies of Río Piedras and that unification should not be undertaken until the director should

be ready to undertake the broader administrative duties. Arrangements were made for the correlation of the work of the unit with that of other health agencies mentioned and with those in charge of the different schools of the municipality. Especially close relations were established and maintained with the supervisors and teachers of all public schools, with the faculty of the University and with the staff of the University Practice school."

The personnel that was employed for the organization of the *first Public Health Unit in Puerto Rico, that of Río Piedras, inaugurated Oct. 1, 1926,* was as follows:

Dr. E. Martínez Rivera, Full-time Health Officer in charge of the health unit.
One Clerk Microscopist.
Two Public Health Nurses from October to January, 1927 and three from February to June.
One Social Service Worker, supplied by the Department of Health during the months of May and June.
Two Sanitary Inspectors supplied by the Insular Department of Health during the months of May and June.
Physicians for tuberculosis clinic, supplied by the Insular Tuberculosis Sanatorium of the Department of Health.
One Caretaker.

The Department also detached Dr. E. Garrido Morales, then Epidemiologist of the Department of Health from his regular duties so as to help as an advisor in the organization of the new Unit. Dr. Garrido returned to his regular post early in the month of February and during his short connection with the Health Unit acted in a limited capacity.

Other municipal health units developed gradually at first, as properly trained personnel was available, utilizing the Río Piedras Unit as a training center, but after 1933, the policy was changed and the expansion was made so fast that untrained personnel was employed, having only in mind the idea of covering the whole island with health units and disregarding the necessity of properly trained personnel so vital to the well functioning of any organization, with the sad result that in many instances unfit employees were utilized. That condition continued from 1933 to the time we assumed charge of this bureau.

When we assumed the direction of the Bureau, the island was divided into thirty one (31) health units, San Juan being divided into two units but we consolidated them into one as it should be. This number was increased by the end of the year to thirty three (33) by the segregation of Trujillo Alto from the Public Health Unit of Río Piedras and of Carolina from the Public Health Unit of Río Grande and merging Carolina and Trujillo Alto territory to form an additional health unit; by the segregation of Guaynabo and Cataño from Bayamón to form a separate unit, and similarly by segregating Guayanilla and Peñuelas from Yauco to form another unit. At the same time a plan was carefully elaborated for the further expansion of the Public Health Units so that at the beginning of the Fiscal Year 1943-44 there will be thirty three (33) Public Health Units and during the course of the year 1943-44 this number will be increased to forty five (45); this plan also includes the assimilation of the Rural Medical Dispensaries which will be merged with the Health Units and become part of them thus

becoming Rural Subunits.

There were 54 Rural Medical Dispensaries operating as such during this year and also twenty one (21) which were closed, making a total of seventy five (75). It is the purpose upon the merging of the Rural Medical Dispensaries with the Public Health Units, that the Rural Medical Dispensaries that are now closed be reopened and operated as Rural Subunits.

LIST OF PUBLIC HEALTH UNITS IN CHRONOLOGICAL ORDER

Río Piedras .... October, 1926
Yabucoa .... **March, 1927**
Caguas .... July, 1928
Cataño .... October, 1928
Adjuntas .... August, 1929
Cayey .... September, 1929
Arecibo .... January, 1931
Aguadilla .... July, 1931
Guayama .... July, 1931
Humacao .... July, 1931
Juncos .... July, 1931
Mayagüez .... July, 1931
Ponce .... July, 1931
San Juan .... July, 1931
Bayamón .... August, 1931
Salinas .... August, 1931
Santa Isabel .... August, 1931
Hormigueros .... September, 1931
Maunabo .... September, 1931
Naguabo .... September, 1931
Patillas .... September, 1931
Puerta de Tierra .... September, 1931
Santurce .... September, 1931
Barrio Obrero .... September, 1931
Utuado .... September, 1931
Arroyo .... October, 1931
Loiza (1) .... October, 1931
Moca .... October, 1931
San Lorenzo .... October, 1931
Trujillo Alto (2) .... October, 1931
Gurabo .... December, 1931
Manatí (3) .... February, 1932
Guaynabo .... August, 1932
Aguas Buenas .... September, 1932
Barceloneta .... September, 1932
Toa Baja .... September, 1932
Yauco .... September, 1932
San Germán .... June, 1933
Lares .... August, 1933
Las Marías .... August, 1933
Maricao .... August, 1933
Cabo Rojo .... August 8, 1934
Ciales .... February 12, 1934
Morovis (4) .... August 9, 1934
Dorado .... August 13, 1934
Toa Alta .... August 13, 1934
Las Piedras .... August, 1934
Isabela .... January 7, 1935
Aibonito .... January 8, 1935
Fajardo .... January 8, 1935
Juana Díaz .... January 10, 1935
Villalba .... January 11, 1935
Carolina .... January 14, 1935
Naranjito .... January 14, 1935
Camuy .... January 16, 1935
Lajas .... January 21, 1935
Rincón .... January 21, 1935
Guánica .... January 31, 1935
Corozal .... February 4, 1935
Coamo .... August, 1935
Río Grande .... September 24, 1935
San Sebastián .... October 7, 1935
Vega Baja .... October 15, 1935
Vega Alta .... October 21, 1935
Sabana Grande .... January 7, 1936
Aguada .... February 17, 1936
Vieques .... April 1, 1936

(1)—Closed June 30, 1933 — Reopened April 1, 1936.

(2)—Closed June 30, 1932 — Reopened September 4, 1936.

(3)—Closed June 30, 1933 — Reopened September, 1933.

(4)—Closed by fire November 4, 1934 — Reopened February 5, 1935.

Añasco .... May 1, 1936
Cidra .... August 17, 1936
Guayanilla .... August 17, 1936
Luquillo .... August 17, 1936
Peñuelas .... August 17, 1936
Ceiba .... September 17, 1936
Jayuya .... September 21, 1936
Barranquitas .... August 1, 1937
Comerío .... August 2, 1937
Mayagüez Playa .... August 2, 1937
Orocovis .... August 16, 1937
Hatillo .... September 20, 1937
Quebradillas .... September 22, 1937
Ponce Playa .... April 4, 1938
Barrio Fanguito .... May, 1941
Bo. Florida, Barceloneta .... Nov. 12, 1941
Poblado Rosario San Germán, May 22, 1942
Bo. Palmer, Río Grande ....

A well-rounded program of medical supervision of the tuberculous patient has not reached completion until the patient has recovered sufficient work tolerance to permit him to take his place in economic life where he is again able to be independent in a carefully selected occupation in competition with the able-bodied. Edgar B. Porter. Amer. Rev. Tbr. April, 1942.

EN TORNO A CIERTOS ASPECTOS EN EL PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS EN RELACION CON EL ESFUERZO DE GUERRA

ERNESTO QUINTERO, M. D.

San Juan, P. R.

En este momento de confusión y de inquietudes en que colectivamente hemos de aunar todos los esfuerzos en bien de nuestra causa, especial consideración debe darse al problema de las enfermedades venéreas tal como existe en nuestra isla, ya que éstas, juntas a otras enfermedades prevalecientes pueden constituir una quinta columna contra el esfuerzo de guerra. Durante las guerras y a través de la historia las Enfermedades Venéreas han sido la guardia de avanzada.

Dos son los problemas en el programa básico de defensa con que se confronta nuestra Nación, a saber:

1—El de fortificar la Nación en forma tal de manera que se haga inexpugnable a cualquier invasión.

2—Traer a la luz pública y destruir toda influencia antagónica que en forma alguna pueda debilitar la defensa nacional y sus eficiencias.

El primer paso hacia una buena defensa nacional es salvaguardar el anterior programa de defensa contra todo sabotaje.

Sabido es que la eficiencia de las fuerzas armadas de cualquier nación depende primordialmente del estado de salud y vigor que disfruta su población civil. Aquí debemos hacer resaltar el hecho indiscutible de que nuestros jíbaros, aunque en general de estatura pequeña, un tanto encorvados y enjutos de cara por falta de una dieta adecuada, ofrecen por su modo de vida más cerca a la naturaleza, gran dureza y resistencia física para pelear en condiciones climáticas adversas tales como bajo soles candentes, en terrenos fangosos y arenosos, pero sin embargo, tienen susceptibilidad exquisita a los males venéreos, porque en sus vidas campesinas los mismos son relativamente raros.

Durante las grandes concentraciones humanas y en distintos sitios y épocas se ha hecho sentir el crecer de las enfermedades contagiosas y transmisibles. Las enfermedades venéreas que se originan en la población civil afectan más que ningún otro problema de salud pública la eficiencia y vigor de las fuerzas armadas. Así vemos como en la última Guerra Mundial hubo 157,150 casos con enfermedades venéreas puestos fuera de combate, más que heridos en el campo de batalla. Esto es como si 20,600 hombres estuvieran ocupando camas de hospital por un año entero. En nuestros ejércitos locales y debido a estos remediables males, cogidos fuera de las horas de servicio activo, se informó hace meses una incidencia de 79 por 1,000 por año y más de 2,000 días de trabajo han sido perdidos por estos soldados.

Débese entender bien claro el que todo contacto sexual clandestino con personas promiscuas puede resultar cuando menos, en una infección venérea (sífilis, gonorrea, chancroide, Granuloma Inguinale, linfopatia Venérea).

Es la promiscuidad sexual, con fines mercenarios o no, sea ella servida por mujeres públicamente reconocidas o clandestinas, el aspecto que en torno a las enfermedades venéreas es el más decisivo y por lo tanto,

en primer lugar el que nos ocupa actualmente.

El control y eliminación de la prostitución es un problema esencialmente policíaco y su prevención, uno de carácter educacional que debe ser abordado y solucionado por aquellos agentes particulares o de gobierno que se encargan en mejorar el status social de la comunidad. De suerte que, ni su control, ni su prevención son funciones de salud pública. Más, como la prostitución constituye una fuente prolífica para la propagación de las enfermedades venéreas, pues más de un 50% ha tenido sífilis y más de un 80% ha tenido gonorrea y a la larga todas contraen enfermedades venéreas, los oficiales de salud pública orientan gran parte de sus actividades en cooperar con los agentes que ponen en vigor las leyes y medidas tendientes a la represión y prevención de la prostitución.

El control médico de la prostitución se hace imposible y la única solución al problema sería el de abolirla, lo que requiere el privarle de sus grandes beneficios monetarios a sus miembros, a terceras personas, a explotadores o promotores, reajuste social preventivo y evitando el mercado contínuo que ofrece el hombre por el descastado vicio. Tradicionalmente, aunque quizás en apariencia, ha sido imposible sustituir este trabajo por otro que produzca iguales ganancias a sus miembros y asociados. En Rusia, la incomparablemente heróica, al eliminarse el mercado que ofrecía el hombre y además instituirse el reajuste social adecuado, trajo el que, durante diez años, de unas cuantas miles de prostitutas en Moscú, se redujeran a unas 750.

Se ha dicho que la prostitución será un mal necesario en tanto que haya desigualdad de fortuna, mientras las muchachas abandonadas tengan que vender su cuerpo para comer, encontrar cobijo, para comprar trapos conque cubrir su desnudez, haya alcoholismo entre los hombres, ilegitimidad, hogares rotos y malos, salarios exageradamente bajos e industrias en bancarrota. Sólo habrá una transformación hacia un mejoramiento o quizás su cura total, por medio de la educación adecuada, religión, ciencia, mejoramiento económico general, claridad y gran concepto desinteresado del deber ciudadano por parte de los hombres. El problema de la prostitución debe tratarse como parte de los grandes problemas sociales a los cuales está intrínsecamente asociado.

El impulso polígamo que por naturaleza tiene el hombre sólo podrá detenerse y hasta eliminarse cuando en él se desarrollen las emociones capaces de dominarlo para lo cual sin duda alguna se impone más fe y religión en la comunidad general.

En forma alguna puede recaer sobre el oficial médico la reforma de tales males, simplemente porque alguien no ha cumplido su deber, o porque la humanidad hasta ahora no ha podido inventar cómo evitar el comercializado vicio, que por estar tan arraigado en la sociedad hace que sus remedios inmediatos o remotos resulten muy costosos, variados y de larga duración.

Estudiando la amplitud de aspectos que presenta el problema y considerado el arraigo humano que el mismo tiene, no es de esperarse que la prostitución desaparezca fácilmente. Frente a tal realidad cabe la actitud de ignorar, suprimir o tratar de abolir la prostitución o de reglamentarla bajo leyes y reglamentos de gobierno con el fin de reducir su núcleo total, instituyendo en ambos procederes la debida orientación y rehabilitación para con ello aminorar las enfermedades venéreas.

Actualmente en las comunidades donde se tolera la segregación o reglamentación de la prostitución invariablemente ocurre

una incidencia alta de enfermedades venéreas. Todo lo contrario pasa en los países donde tal proceder es repudiado tal como sucedía en Suecia, Dinamarca, Rusia y en algunas partes de los Estados Unidos.

En los ejércitos se ha notado que cuando se observa la represión en el área y se instituyen medidas profilácticas entre los sujetos expuestos, hay menos enfermedades venéreas que en los demás cuerpos de ejércitos. Según Hugh Young esto pudo observarse decididamente entre los cuerpos de Ejércitos Americanos que invadieron a Europa durante 1918.

Durante 1917 y en determinada metrópolis americana donde se segregaba y reglamentaba la prostitución, la incidencia de enfermedades venéreas en los cuerpos de ejércitos cercanos fué de 168 por mil por año y los servicios profilácticos se daban a razón de 826 por cada mil. Catorce meses después, cuando se impuso la represión total en esta área la incidencia bajó a 5.42 por mil por año y los servicios profilácticos a 53 por cada mil.

En Haití, durante el 1917, la Marina llevó a cabo un experimento por el cual púdose demostrar que con la segregación y reglamentación médica de las prostitutas, las enfermedades venéreas se elevaron a 243.36 por mil cuando antes sólo eran 170.56 por mil.

La segregación y reglamentación resultan ser además una atracción para el aumento global del vicio y así tambien en su consecuencia al crimen, al rapto y a la corrupción. Es casi imposible supervisar honestamente la prostitución, aún por agencias militares y civiles del Gobierno.

Los sistemas de segregación resultan ser como una atracción de diversión para los militares, resultantes en relaciones íntimas que a su vez contribuyen a la diseminación de las enfermedades venéreas.

En Vancouver, Columbia Británica, estadísticas recogidas desde el 1937 al 1940 antes de la represión que se instituyó desde el 1939, demuestran lo siguiente:

1—Durante los 18 meses antes de cerrar las casas de prostitución, 358 casos de infecciones gonocóccicas fueron admitidos en las Clínicas de enfermedades Venéreas y durante los 18 meses subsiguientes solo se admitieron 100.

2—Durante ese tiempo 80 casos surgieron en las casas de prostitución y 270 fuera, mientras que durante los 18 meses subsiguientes y mientras existía la represión sólo 12 casos surgieron en los prostíbulos y 88 fuera de ellos. Parece demostrar que la represión en forma alguna aumenta la diseminación de las enfermedades venéreas.

Estos datos nos hacen pensar seriamente sobre el proceder que en tal sentido se lleva a cabo actualmente en nuestra ciudad capital. Sinceramente creemos que es antireligioso, anti-científico y contrario a lo ya recomendado hace años por un comité que detenidamente hizo un estudio sobre el particular y del cual fueron miembros distinguidísimos Federico Degetau, Manuel F. Rossy y el Dr. Vázquez Prada. Quizás lo único de valor son los servicios profilácticos que en tales casas de segregación se instituyen a los clientes. Más, como se hace imposible que todo ello sea debidamente supervisado por las autoridades medicas, militares, o civiles creemos que los resultados necesariamente han de ser dudosos. Además, estos sitios de segregación resultan ser de privilegios ya que hasta la fecha sólo los agentes militares tienen aparentemente derecho a utilizar los mismos.

Como la prostitución es causada por desigualdad y opresión económico-social es innegable que en Puerto Rico la estructura económico-social (2 millares de habitantes, 30% de iliteracia, familias de 5.6 miembros

viviendo un 50% en una sola habitación con $150 a $350 de entrada anual), influída por los siguientes factores perturbadores de guerra participan sin duda alguna en las actuales condiciones de enfermedades venéreas y la prostitución:

(a) La enorme emigración de hombres desde los campos hacia los centros de construcción en los pueblos grandes de la costa atraídos por mejores salarios.

(b) Faltos éstos de conocimientos y facilidades higiénicas se exponen al contagio por medio de contactos con prostitutas y al retornar a sus hogares llevan consigo las infecciones que fácilmente diseminan entre familiares y asociados.

(c) Por falta de trabajo, recreaciones y oportunidades, las muchachas jóvenes de las familias empobrecidas de los campos también emigran hacia los pueblos cercanos a los campamentos atraídas por las historias sobre las facilidades en la obtención de trabajo y ganar dinero. Tal situación potencialmente las lleva hacia la prostitución, a veces atraídas por la personalidad que ofrecen muchos de los apuestos militares y en las más de las veces porque es en ese negocio donde aparentemente se gana más fácil el dinero.

El problema de las enfermedades venéreas y la prostitución debe considerarse para todos en la isla, pues el mismo afecta la salud, energía, bienestar y felicidad de los militares y de muchísimos miles de civiles. El programa de control debe requerir actualmente el que se abarquen detalladamente todos los siguientes puntos:

1—Llevar a cabo un programa detallado de educación pública y publicidad.

2—El proveer fáciles y adecuados medios de tratamiento médico en las clínicas de Enfermedades Venéreas del Gobierno al igual por médicos privados. Debe proporcionarse todo el equipo, material y drogas necesarias y así también el espacio y hora de clínica según sean más adecuados para los pacientes.

3—Desarrollar y poner en práctica una rigurosa campaña legal para hacer los ciudadanos responsables de sus obligaciones sanitarias.

4—Proveer facilidades de aislamiento para pacientes infecciosos donde se puedan tornar en no infecciosos en el más corto tiempo posible. Estas instituciones deberán proveer facilidades y medios donde desarrollar un programa vocacional de empleos para estas mujeres una vez sean dadas de alta de la institución ya entrenadas, pues tratamiento solamente, no les evita que eventualmente retornen al ejercicio del vicio.

Estos hospitales deberán ser servidos por personal suficiente, idóneo y debidamente adiestrado en las distintas fases de la labor que ha de desarrollarse (tratamientos médicos intensivos, rehabilitación social, recreación y entretenimiento, adiestramiento vocacional, etc).

Un estudio social y vocacional de cada una de las pacientes demostrará dos tipos, a saber:

1—Pacientes que serán dados de alta al terminarse su tratamiento intensivo. A estas pacientes solo cierta corta educación médica, en costura, cocina, servicio, religión e institucional podrá serles dada.

2—Pacientes seleccionados como adaptables y a quienes por deseos propios se les deberá dar un período largo de entrenamiento (de 3 a 6 meses) y para quienes deberá organizarse la correspondiente unidad de adiestramiento vocacional. Este adiestramiento deberá cubrir todos aquellos aspectos en que estos sujetos puedan ocuparse al salir de la institución. Para tales fines débese organizar y coordinar la

cooperación de Comités Cívicos en la comunidad para que dediquen sus labores en las distintas fases de especialización que presenta el problema. Así también deben utilizarse los servicios de otras agencias del Gobierno tales como el Departamento de Educación, Departamento del Trabajo, Universidad, Escuela de Medicina Tropical, y otros.

Esta labor de rehabilitación social es de tal magnitud e importancia actualmente en Puerto Rico que requiere la ayuda y cooperación de todas aquellas personas y entidades cívicas y religiosas interesadas en la salud, bienestar, felicidad e integridad de nuestro pueblo.

Las agencias correspondientes del Gobierno local podrán obtener la ayuda financiera de las distintas entidades del Gobierno Federal (United States Public Health Service, Social Security Agency, Public Work Administration, Lanham Act,) y así poder iniciar y desarrollar con la cooperación de todos el programa expuesto. El United States Public Health Service podría asignar uno de sus expertos en estas cuestiones para lo cual nos permitimos sugerir el que se soliciten los servicios del Dr. Udo J. Wile como consultor. Nos es grato adelantar que instituciones similares funcionan actualmente en Leesville Florida, South Carolina, en Savannah, Georgia, y en otros, donde el costo per cápita por día pasa de tres dólares, y cuyos gastos son casi totalmente cubiertos por las antes mencionadas agencias del Gobierno Federal. Todas estas agencias federales tienen oficinas actualmente en la isla y sin duda alguna que todas como el United States Public Health Service ofrecerán la cooperación de sus miembros expertos para el buen desarrollo y éxito de este programa.

Las facilidades de aislamiento deben ser en proporción directa con el reservo conocido de prostitutas por el Departamento de Sanidad (4500) y el cual sin duda alguna solo representa la tercera parte del problema global.

Sólo nos resta recordar que la prostitución no es una profesión y sí una pobre y sudorosa ocupación para las muchachas que no tienen éxito en la vida y con frecuencia para las muchachas mentalmente deficientes. Esta ocupación tiene sujetos de todos los grados pero la bebida, deudas y las enfermedades constituyen la causa de su descenso siempre hacia la degradación, tornándolas en un costoso problema médico y de carga onerosa al Estado. Es de tal importancia la influencia del alcoholismo que en muchas ciudades de los Estados Unidos está prohibido, por ordenanzas locales, el expendio de bebidas intoxicantes en los sitios frecuentados por militares y compañeras de reputación dudosa.

En distintas ocasiones los dirigentes militares locales han reconocido la contribución que a la gravedad de este problema han ofrecido las falanges estacionadas en la isla. Nosotros creemos que la estructura geográfica de la Isla y nuestra posición de avanzada en las defensas del Caribe constituyen obstáculos adicionales para la solución del problema.

Poniéndose en práctica por las agencias de gobierno correspondientes las ya experimentadas medidas, con carácter urgente, es que obtendremos los únicos posibles resultados satisfactorios.

PALABRAS DEL DR. MANUEL DE LA PILA, EN LA GRADUACION DE LAS AYUDANTES VOLUNTARIAS DE ENFERMERAS DE LA CRUZ ROJA AMERICANA, CAPITULO DE PUERTO RICO

Señoras y señores:

Benemérita sea una vez más entre las innumerables merecidas, la Cruz Roja Americana que concibió la idea y cristalizó la fundación de Ayudantes voluntarias de Enfermeras y benemérita también lo sea de un modo especialísimo la recia rama puertorriqueña de esa institución y de esa rama su flor más genuina Rosa González, que tras hábil, devoto y tesonero esfuerzo brindara a nuestra isla esa nueva y delicada modalidad emocionante del deber y el sacrificio.

Del rotundo éxito alcanzado notoria prueba es vibrante y lucida, este acto imponente, bello y conmovedor. Para admirar y compartir los anhelos de perfeccionamiento que se agitan aquí entre nosotros, la Asociación Médica de Puerto Rico no podía faltar, porque en los anales de su historia siempre enfiló la proa de sus actividades hacia las regiones elegidas donde mora el saber, la cultura y el progreso. Por eso honrada y complacida nuestra Asociación se encuentra aquí en apretado y cordial abrazo con la Cruz Roja Americana, y la Defensa Civil de Puerto Rico; porque la Cruz Roja, Defensa Civil y Asociación Médica son tres potentes voliciones institucionales diferentes, pero un solo aliento viril y humanitario.

En este movimiento, en esa nueva, valiosa y peculiar orientación de la finalidad de la enfermera, no se trata de esas imitaciones, de esos escamoteos aparatosos, que manejar a maravilla saben esos falsos valores que se asoman, logreros, en ocasiones oportunistas al tinglado de la farsa de las sociedades acomodaticias. No es un mundo imaginario, no es una quimera. Es obra tangible, sólida, fructífera y edificante.

Balbuciente y embrionaria esta empresa en los comienzos del 42, alcanza hoy la esplendorosa floración de embriagantes éxitos que jubilosos contemplamos.

Ciento cuarenta y una distinguidas damas de innata finura, ingenua, generosa y espontáneamente ingresaron, solícitas y decididas, en esta organización meritoria y ejemplar.

En el ambiente disciplinado, austero, del hospital siempre bañado en penumbras henchidas de dolor, con encendida y palpitante inquietud de aprender, rendir alivio o de curar, forjaron su personalidad estas entusiastas e inteligentes ayudantes voluntarias de enfermeras, llenando bien colmadas 26,000 horas de espléndidos servicios; 26,000 horas adrede restadas placenteramente al deleite, a la comodidad y a la familia; 26,000 horas dedicadas exclusivamente al bien; 26,000 horas transcurridas entre penas y sufrimientos; 26,000 horas de consuelo al enfermo y al desvalido; 26,000 horas de edificación para la sociedad.

Muchas veces la frialdad de los guarismos dicen mas que el calor de la imaginación. Esas cifras rigurosamente anotadas en las laudatorias hojas de servicio de vosotras, evidencian la cantidad ponderable de labor realizada de manera gráfica y objetiva. Pero los que hemos tenido el honor y el placer de veros directamente

trabajar sabemos que esas horas tienen matices espirituales tan elevados, que las enaltecen como horas privilegiadas; son horas con alma. Horas cuyo trémulo oscilar es tan intenso que se extienden en sorprendente difusión, porque así como el corazón orgánico, material, engendra en sus contracciones corrientes eléctricas que recogemos diariamente con el galvanómetro y que merced a la radio-amplificación nadie puede presumir el límite que alcanzarán, así también el corazón moral que envuelve al físico engendra en su palpitar imponderables corrientes espirituales que como las de alta tensión, inducen en los otros corazones corrientes de acción.

Vosotras, distinguidas ayudantes voluntarias de enfermeras, en las 26,000 horas de vuestra labor realizada, 70 veces por minuto al compás de vuestro noble pulso habéis lanzado desde vuestro generador de bondad más de 109 millones de conmovedoras inducciones hacia el bien en el corazón moral del resto de los puertorriqueños.

¡Bello gesto el vuestro, de puro cristianismo!

En efecto, todo ese esfuerzo que representa las montañas de papel empleadas por pensadores y propagandistas filosóficos, tendentes a alcanzar el bienestar de la humanidad, pudiera reasumirse en la menudencia tipográfica de la frase tan corta cuan grandiosa (tesoro de sabiduría) que nos legara Jesucristo, "ama a tu prójimo como a ti mismo." Pues bien, vosotras, al poner en ejecución en vuestro cometido ese principio bíblico, en ese sermón sin palabras, en esa oración con hechos de vuestro apostolado profesional estáis destruyendo vallas de clases, estáis originando acercamientos saludables, estáis realizando no sólo una obra de bien, sino una obra socialmente trascendental; porque el día que la humanidad no hable de hermandad sino que la practique como ustedes, con actos, en ese día habrá terminado la lucha entre los hombres y la euforia del vivir los pueblos será una hermosa realidad.

Nueve hospitales han contribuido a la formación de los doce grupos de estas enfermeras, tan necesarias, útiles, cuanto estimadas.

Puerto Rico tiene más hospitales y seguramente tiene latente una cantidad substancial de aspirantes a ese honor. Grande ha sido la labor realizada, grande la cooperación prestada, copioso el número de voluntarias y exquisita la calidad de las mismas, pero se necesita esfuerzo más cuantioso. Nos encontramos en este conflicto de guerra en el momento crítico en que en la balanza de los hechos, el platillo de la adversidad, va perdiendo fuerza, merced a la ponderación mayor de los éxitos, de los triunfos, de la esperanza. Pero, "la guerra no ha terminado." Continúa sangrienta, intensa, feroz, decisiva. Yo diría que en estos instantes la balanza se encuentra al fiel. Los dos platillos están nivelados. Más no podemos permitir que tal situación se mantenga estacionaria por mucho tiempo, porque mientras dure esa nivelación tanto mayor y prolongados serán nuestros sacrificios, penalidades y angustias. El mundo necesita paz y libertad, pero la necesita rápida, si ha de ser ubérrima, fecunda. Por tal motivo con premura, diligencia, vertiginosamente hemos de aumentar el peso en favor de nuestro lado. En este momento crucial de la victoria, las exigencias serán mayores, más dinámicas las actividades y el concurso a prestar más intenso, decidido, y abnegado.

Revivid pues, vuestro entusiasmo, las fatigadas; mantened al máximo vuestro rendimiento las veteranas de esta lucha, y todos contribuyamos a que vuestras filas se nutran exhuberantemente de enardecidas aspirantes en el servicio de la patria y de

la humanidad, puesto que "la guerra no ha terminado."

La historia tiene entre sus páginas cuajadas de enseñanzas pergaminos que atesoran en el oro de ley de sus bruñidas letras tal claridad en sus ejemplos, que espejos son donde al mirarnos hoy, reflejan similar en sus contornos las efemérides gloriosas del pasado con las fechas modernas fastuosas, sobreponiéndose, como calcadas, ambas imágenes.

Antójaseme que cuanto más lejano de nosotros sea el hecho acaecido, tanto mas deshidratado del turbio vaho que impregna cada época, tanto más depurado, exacto y fundamental llegará hasta nosotros.

Por eso creí oportuno para ocasión tan solemne como la presente, abrir ese libro de perpetua actualidad "la Historia Universal" por el capítulo que describe la segunda guerra púnica que Tito Livio llamara "*maximae memorabile omnium.*" En esa lucha gigantesca entre Cártago y Roma, el caudillo cartaginés Aníbal trasladó sus huestes del Africa a Europa y en una marcha espectacular jamás igualada por ejército alguno, a pie, subyuga a España, domina la Galia, conquista y atraviesa los nevados y defendidos Alpes, cruza triunfador los Apeninos, y cae sobre la llanura Romana donde destroza completamente los mejores ejércitos enemigos, llegando así a las puertas de Roma, a cuya vista, en una de las colinas cercanas, planta su bandera. Hecho esto, seguro del triunfo final, despreocupado, desoyendo a su Lugarteniente Maharbal que le dice repetidas veces "tu sabes vencer pero no sabes aprovecharte de la victoria" se retira a descansar y a gozar de sus glorias. Imprudente calma que aprovechó para su ventaja el Romano, Escipión Emiliano. Entre esas hojas cubiertas por el polvo sagrado de los tiempos dentro de ese capítulo que parece narrar momentos que vivimos hoy en día salta a nuestra vista con todo el colorido de sus penetrantes tonos la estampa que adorna y simboliza aquellos hechos gravada por ciclópeas voluntades de las cepas más añejas de la vida en la cual se representa Aníbal el héroe legendario, que olvidando su indómita fiereza y sus deberes, indolente se duerme sobre el laurel acumulado de sus victorias bajo las caricias enervantes del ambiente ocioso de la villa de Capua. Hoy como el año 220 A. C. nos encontramos embargados en una guerra también "*maximae memorabile omnium*" que merced al titánico esfuerzo de todos, pero señaladamente, del pueblo americano, nos ha llevado vencedores casi a las puertas de Roma.

Las brisas maléficas de Capua nunca adormecerán la voluntad de nuestros soldados pero en el frente doméstico es necesario igual decisión que permita romper para siempre el cromo que pintara a Cápua. Quien puede y debe, como lo es nuestro presidente inigualable Franklin Delano Roosevelt, nos está llamando contínuamente la atención y poniendo como una alarma despertadora, en las horas que transcurren de la existencia, la frase incitadora a perdurar en nuestro esfuerzo "la guerra aún no ha terminado." Bebamos el néctar de esas enseñanzas que tonifica la voluntad y repitamonos contínuamente la frase que debe ser nuestro credo patriótico en estos instantes "la guerra no ha terminado." Para rematar con éxito la empresa que estáis acometiendo y que se os pide intensificar, valientes ayudantes voluntarias de enfermeras, tenéis los líderes apropiados en esta organización hacedora loada de vuestra obra.

Recordad siempre que en este mar de la vida, cuyas aguas mordentes, salobres, amargan muchas veces las lágrimas del sufrir singlan sus velas las carabelas de nuestro destino y las alas de las blancas gavio-

tas de nuestra imaginación y tanto en la bonanza de los días claros de mansas olas en que feliz la humanidad hila en laudareña rueca de la paz como en las tenebrosas horas de la borrasca en que el convulsionismo histérico de los elementos escupe en sus crestas espumas de furia, siempre encontraremos la ruta certera y segura que nos ha de conducir al bien si caminamos bajo el signo de esa cruz de rojo rutilante que parece sangre limpia que se aviva en la llama pura del oxígeno que arde incandescente en el evangelio sublime del amor.

In discussing the examination of children for tuberculosis, let it be stressed once again that any plan that embraces the young folks and neglects pre-employment and periodic testing and chest X-raying of teachers, janitors, food handlers and other adult personnel is incomplete, unsound educationally, dangerous and destined to overlook probably the most potential as well as the most potent sources of tuberculosis within the institution. Additionally, a program that examines the positive reactor without tracking back to the source of his infection is equally unfinished and open to criticism. Charles E. Lyght, M. D. N.T.A. Bulletin, May, 1943.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Octubre, 1943 No. 10

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea Anual

El Comité Científico de nuestra Asociación se halla en la actualidad dando los últimos pasos en la organización del programa científico-social que habrá de llevarse a efecto con motivo de la cuadragésima Asamblea Anual de nuestra Asociación, anunciada para tener efecto durante los días 10, 11 y 12 del próximo mes de diciembre.

Este año la asamblea anual se llevará a efecto en el anfiteatro de la Escuela de Medicina Tropical, galantemente cedido por el director de dicha institución, Dr. Pablo Morales Otero.

Los organizadores de la asamblea esperan tener todo el programa confeccionado para los primeros días de noviembre, de modo que el mismo pueda estar en circulación por lo menos con quince días de anticipación a la asamblea.

Para la fecha en que redactamos estas líneas, el Dr. Suárez, presidente del Comité Científico se halla en el continente, donde ha realizado gestiones para conseguir que nos visiten varios distinguidos colegas de la metrópolis. También se han hecho gestiones en dicho sentido a través del Director del Distrito Núm. 6 del U. S. Public Health Service, Dr. Vonderlehr, y del presidente del Alumni de la Universidad de Jefferson en Puerto Rico, Dr. Enrique Koppisch, y se espera que dentro de breves días sepamos los invitados de honor con que podremos contar en nuestra próxima asamblea.

A aquellos compañeros que tienen el propósito de colaborar en el programa científico de este año, deseamos recordarles que deben comunicar al Comité Científico el título de sus trabajos a más tardar el día 5 de noviembre próximo.

Distrito de Arecibo

Para el domingo 31 del mes en curso ha sido anunciada la celebración de la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo, que preside nuestro querido amigo, el Dr. Roberto Francisco.

Aunque en el momento en que redactamos estas líneas no hemos recibido aún el programa de dicho acto, no vacilamos en augurar que éste resultará un éxito, ya que conocemos el entusiasmo con que los directores del distrito han estado llevando a efecto los preparativos para el mismo.

Conferencia Mensual

El día 28 del cursante mes se llevó a efecto en el salón de actos de la Escuela de Medicina Tropical, la conferencia científica correspondiente al mes de octubre, estando a cargo el programa de esta ocasión, de nuestro estimado amigo, el vicepresidente de la Asociación, Dr. A. Oliveras Guerra, quien con la autoridad que le confiere su larga experiencia en el arte

de la cirugía, disertó de manera magistral sobre el interesante tema: *Traumatismos al Simpático.*

Las conferencias de carácter científico que mensualmente ha venido celebrando últimamente la Asociación Médica, han ido ganando adeptos entre los miembros de nuestra colectividad, y hemos visto, con sumo placer, que la concurrencia a dichos actos ha ido en continuo aumento.

Nuevamente exhortamos a los compañeros que aún no lo han hecho, a concurrir a estos actos científicos, de manera que el programa de conferencias se siga realizando como hasta el presente.

Día del Libro

Entre los preparativos que se vienen realizando con motivo de la próxima asamblea anual de la Asociación Médica, está el de la organización del "Día del Libro", actividad ésta que se llevará a cabo bajo los auspicios del Comité de Biblioteca de nuestra Asociación.

Los objetivos principales que han impulsado a nuestra Asociación a dedicar al libro uno de los días de nuestra próxima asamblea, han sido los siguientes:

1—Recalcar ante la clase médica del país, y ante el público en general, la importancia del libro, y estimular la adquisición y lectura de buenos libros.

2—Estimular a otras asociaciones y entidades de nuestra Isla a celebrar actos dedicados al libro, de modo que en el futuro, podamos tener en nuestro país, todos los años, una verdadera "Fiesta del Libro", al estilo de las celebradas en España y otros países del mundo civilizado.

3—Impulsar la reorganización de nuestra biblioteca médica, mediante la adquisición de obras recientes y libros antiguos de méritos reconocidos.

Con tal propósito, el Comité de Biblioteca de nuestra Asociación, se propone realizar las siguientes gestiones:

(a) Conseguir que se publiquen en la prensa diaria y en las revistas semanales que se editan en nuestro país, pequeñas reseñas alusivas al libro.

(b) Solicitar de las firmas locales distribuidoras de libros, que en dicho día se ofrezca al público en general un descuento en la venta de libros, que les estimule a la compra de estos. Solicitar asimismo de dichas firmas, que exhiban sus obras más recientes en el local donde se llevará a efecto la asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico.

(c) Solicitar de los miembros de la Asociación que regalen a nuestra biblioteca una obra reciente o algún libro antiguo de valor reconocido.

Aprovechamos esta oportunidad para exhortar a nuestros compañeros, así como a las firmas locales distribuidoras de libros, a colaborar en este merecido homenaje que nuestra profesión rendirá a uno de los mejores amigos del hombre: el libro.

Historia de la Medicina

Tal como anunciáramos en nuestra anterior edición, se ha comenzado a editar en la ciudad de Ponce la obra sobre "Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico" que desde hace algún tiempo preparara nuestro distinguido colega el Dr. Manuel Quevedo Báez, fundador y primer presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Ha empezado la edición de esta interesante obra, gracias al tesonero empeño de nuestro activo presidente, Dr. Manuel de la Pila, y a la ayuda económica brindada por varias instituciones hospitalarias de Puerto Rico, según podrá verse en la siguiente relación:

Clínica Dr. Pila, Ponce	$250.00
Auxilio Mutuo, Hato Rey	250.00
Hospital Díaz García, Santurce	150.00
Clínica Fdez. García, Hato Rey	150.00
Clínica Dr. Susoni, Arecibo	150.00
Clínica Dr. Font, Caycy	150.00
Clínica San Miguel, Utuado	150.00
Instituto Oftálmico, San Juan	150.00
Hospital San José, Santurce	150.00
Escuela Med. Tropical, San Juan	150.00
Hospital Presbiteriano, San Juan	150.00
Clínica Juliá, Hato Rey	100.00
Preventorio de Guaynabo	100.00
Mayagüez & Western Poly.	100.00
Clínica San Rafael, Caguas	100.00
Clínica Oriente, Humacao	50.00
Clínica Pereira Leal	Pendiente
Clínica Mimiya	Pendiente

Premio al Mejor Trabajo en Medicina

Deseamos llamar la atención de la clase médica puertorriqueña, una vez más, hacia la necesidad de que hagamos cuanto esté a nuestro alcance por lograr que el "Premio al Mejor Trabajo en Medicina" sea adjudicado en esta ocasión. El esfuerzo realizado por los directores de la Asociación Médica por conseguir la aprobación de la Ley que crea dicho premio, y la buena fe demostrada por los miembros de la Legislatura Insular, el Hon. Gobernador de Puerto Rico, y demás autoridades que hicieron posible su aprobación, deben tener el debido reconocimiento de nuestros asociados.

Envíe su trabajo al Comité Científico de nuestra Asociación en o antes del día primero de noviembre próximo, y contribuya así a mantener en alto el buen nombre y prestigio de nuestra clase. ¡Recordad la finalidad de este premio, que tiende a *que nuestra clase no sea mera consumidora de ciencia, sino productora de la misma!* En esto estriba el verdadero progreso.

Suplica de Nuestro Tesorero

El Tesorero de nuestra Asociación, Dr. Manuel A. Astor, suplica por medio de estas líneas, a todos aquellos compañeros que aún no se han puesto al día en el pago de sus cuotas, que lo hagan antes del día 15 del próximo mes de noviembre, toda vez que para dicha fecha empezará a preparar su informe anual, y de acuerdo con las disposiciones de los reglamentos de la Asociación y el Auxilio Médico Mutuo, todo aquel que para dicha fecha no haya satisfecho el importe de sus cuotas, perderá sus derechos como miembro y automáticamente quedará eliminado del registro de socios, tanto de la Asociación como del Auxilio Médico.

Nos adherimos a la súplica del amigo Astor, ya que nos sería muy doloroso tener que publicar en estas páginas el nombre de cualquiera de nuestros colegas como que ha sido dado de baja de nuestra Asociación por haber dejado de satisfacer su cuota.

Personales

Dr. J. H. Font:

El día 29 del ppdo. mes de septiembre salió hacia los Estados Unidos, por la vía aérea, el estimado amigo y compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El amigo Font ha ido al Norte a disfrutar de un merecido descanso, el cual apro-

vechará para asistir a la Convención anual de la Academia de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Muy gratas impresiones durante su estada en el Continente deseamos al querido amigo.

Dr. Agustín Pietri:

Con el propósito de cursar estudios avanzados en el Continente, a principios del mes en curso salió hacia los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Agustín Pietri, de la ciudad de Ponce.

Mucho éxito en sus estudios deseamos al distinguido colega.

Dr. José Picó:

En gestiones relacionadas con su profesión, partió recientemente hacia los Estados Unidos, el querido colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

Un feliz viaje y mucho éxito en los asuntos que lo han llevado al Norte, deseamos al amigo Picó.

Dr. Juan Arruza Pérez:

En fecha reciente regresó del Continente, a donde fuera por cuestiones de salud, el querido compañero, Dr. Juan Arruza Pérez.

Vuelve el amigo Arruza notablemente mejorado de su dolencia, lo que nos complace en extremo.

Dr. Ricardo F. Fernández:

Con el objeto de asistir a la Convención anual de la Academia de Oftalmología y Otorrinolaringología, recientemente embarcó hacia los Estados Unidos el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Gratas impresiones durante su viaje, deseamos al amigo Fernández.

Dr. José Añeses Arrache:

Ha hecho solicitud para ingresar en las filas de nuestra Asociación el estimado colega, Dr. José Añeses Arrache, de la ciudad de Río Piedras.

Cambios de Residencia:

Ultimamente se han registrado los siguientes cambios en la residencia de los compañeros que se expresan a continuación:

Dr. Manuel A. Frías, de Luquillo para Manatí.
Dr. Domingo A. Crescioni, de Vieques para Guayama.
Dr. José F. Correa, de Arecibo para San Juan.
Dr. Hernán G. Chico, de Naguabo para Santurce (Clínica Miramar).
Dr. Luis Falagán, de Cayey para Río Piedras (Robles 20).

About 65% more young women than men die of tuberculosis between the ages of 15 and 25. From a practical standpoint the employer of large numbers of women needs an effective medical department if he would avoid a tuberculosis problem. Symposium on Tuberculosis in Industry, N.T.A. 1941.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Con motivo de la próxima asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, la Junta del Auxilio Médico Mutuo, habrá de rendir ante la Cámara de Delegados de dicha institución, su primer informe sobre el funcionamiento y desenvolvimiento económico del plan durante su primer año de vida. Con el objeto de que dicho informe sea lo más amplio posible en cuanto al estado económico actual del plan y pueda hacerse un análisis del futuro del mismo, la Junta del Auxilio Médico suplica a todos aquellos compañeros que han expedido certificaciones, y que aún no han hecho remesa alguna a la tesorería por dicho concepto, tengan la bondad de informar antes del día 15 del próximo mes la cantidad de certificados por ellos expedida hasta la fecha, o si lo prefieren, envíen al Sr. Tesorero el importe de los mismos, de modo que la Junta pueda hacer un estimado exacto del dinero con que el Plan cuenta hasta la fecha.

En el momento en que redactamos esta nota, el Auxilio cuenta con un total de 383 miembros, de los cuales 24 han remesado ya dinero a la tesorería por concepto de certificaciones expedidas, algunos de ellos en más de una ocasión según podrá notarse en la relación adjunta por el número que aparece después del nombre:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (3)
Dr. Amalio Roldán (2)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. Leoncio T. Davis (2)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera
Dr. Ramón C. Umpierre
Dr. Miguel Alonso
Dr. Juan Veve
Dr. A .Rodríguez Olleros
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López
Dr. Héctor A. Bladuell (2)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc
Dr. J. R. Bierley

AUXILIO MEDICO MUTUO

La buena marcha del Plan de Auxilio Médico Mutuo, depende de la cooperación que todos estemos dispuestos a brindarle.

La suya será más efectiva si usa el Libro de Certificaciones regularmente.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN MEDICINA

1—*Todo médico legalmente autorizado para ejercer la profesión en nuestra isla, y residente en Puerto Rico por un período no menor de dos años, tiene derecho a aspirar al premio.*

2—*Los trabajos deberán entregarse en la secretaría de la Asociación Médica de Puerto Rico no más tarde de las 6:00 P. M. del día primero de noviembre de 1943.*

3—*Todo trabajo deberá ser original, y venir mecanografiado o impreso, por sextuplicado. El nombre del autor deberá incluirse en un sobre debidamente lacrado que será entregado conjuntamente con el trabajo.*

A DECADE OF UNIFORMITY...DIGIFOLIN

DIGIFOLIN* maintains the same potency in which it has been available for over a decade. While official digitalis preparations according to U. S. P. XII will be somewhat weaker than those made according to U. S. P. XI, they will still be stronger than prior to 1936.

Thanks to its uninterrupted constancy, DIGIFOLIN, as heretofore, will enable the physician to prescribe a constant potent preparation of purified digitalis glucosides in tablets, ampuls or solution.

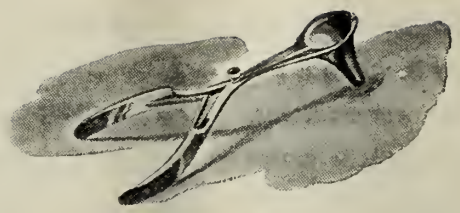


DIGIFOLIN HAS NOT CHANGED

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

SUMMIT, NEW JERSEY



La Descongestión Nasal

se obtiene rápidamente después de administrar este vasoconstrictor de baja toxicidad y libre de "picazón"

Clorhidrato de

Neo-Sinefrina

(clorhidrato de levo-alfa-hidroxi-beta-metil-amino-3-hidroxi etilbenceno)



Se ofrece en solución al ¼% o al 1% en frascos de 30 c.c., para aplicarse con cuentagotas o pulverizador; y en forma de jalea al ½% en tubos con aplicador nasal.

Frederick **Stearns** *& Company*

DETROIT, MICH., E. U. A.

Desde 1855... PRODUCTOS INDISPENSABLES PARA EL ARMAMENTARIO DEL MEDICO

Representante: Víctor M. Bártoli, Apartado 3834, Santurce, P. R.

CLINITEST

EL NUEVO METODO PARA ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA POR MEDIO DE TABLETAS



1 5 gotas de orina *más* 10 gotas de agua.



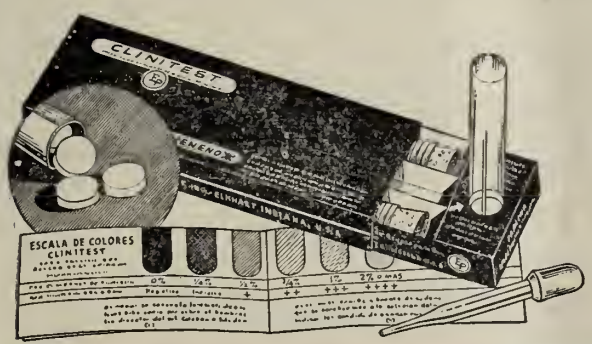
2 Se echa la tableta.



3 Se compara con la escala de colores.

Todo en menos de un minuto!

BASE SEGURA—El método Clinitest está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



ECONOMIA — Tanto el juego completo de 50 tabletas como el juego de repuesto de 75 tabletas se venden a precio muy módico.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

ELKHART, INDIANA, E. U. A.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen preoperatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

CIRUGIA PLASTICA REPARADORA

Este curso incluye diagnóstico y determinación del tratamiento; preparación pre-operatoria; anestesia; técnica operatoria; vendajes; cuidados post-operatorios; referencia especial de la utilización de piel y otros tejidos en la corrección de desfiguros y restitución de pérdidas de tejidos congénitas o adquiridas. Operacioens en el cadáver. Atención particular conferida a las conferencias, estudios y demostraciones de los avances de la anatomía quirúrgica, patología, etc., desde el punto de vista del problema de c. plástica.

Cursos completos y Clínica

de las enfermedades de:

OJOS-OIDOS

NARIZ

GARGANTA

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor. electrodiagnóstico, pireto-terapia. hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY



Controla

TEMPERATURA FEBRIL, CONGESTIÓN E INFLAMACIÓN

Efectos antipiréticos y analgésicos definitivos y seguros pueden ser obtenidos sin el peligro de trastornos gástricos, con aplicaciones locales de la "supercataplasma."

NUMOTIZINE

Numotizine produce el efecto total del emplasto de caolín—proporciona calor local y disipa la congestión. Además, debido a sus efectos sistemáticos cuando son absorbidos sus ingredientes medicinales guayacol y creosota, ayuda a mantener bajo control la temperatura febril.

Por sus efectos locales y sistemáticos, use Numotizine en casos de resfríos profundamente arraigados, gripe y otras afecciones de las vías respiratorias. Puede usarse con la camisa para pulmonía, y también para aliviar el dolor y la congestión en forúnculos, inflamación glandular y torceduras.

NUMOTIZINE, INC.

900 NO. FRANKLIN STREET **CHICAGO, ILL., E. U. A.**

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Integridad



El vocablo Lilly en letras rojas representa productos de calidad, progreso por la investigación, y trato ético con la profesión médica. Estos preceptos no son mera palabrería, sino la base sobre la cual los Laboratorios Lilly han operado por más de sesenta y cinco años.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
JUL 14 1944
Tropical Medicine
HARVARD
MEDICAL SCHOOL

Asamblea Anual: Diciembre 10, 11 y 12.

AÑO XXXV NOVIEMBRE, 1943. NUMERO 11.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Remember in 1932 we brought out Pablum? A new concept of cereal nutrition, easy of preparation, non-wasteful, fore-runner of present-day widely practised principles of food fortification—remember?



Now we have gone a step further in Pabena, similar in nutritional and convenient features to its father-product, Pablum, different in flavor because of its oatmeal base. If our pioneer work and ethical conduct meet with your approbation, remember, please, to specify Pablum and Pabena.

Mead Johnson & Company, Evansville, Indiana, U.S.A.

Comparative Pathology and Tropical Medicine HARVARD MEDICAL SCHOOL

SUMARIO

Página

Traumatismos al Simpático, A. Oliveras Guerra, M. D., Santurce, P. R. — — — — — — — — — — — — — — — — 407

Psychotherapeutic Transfusions, Louis S. London, M. D., Washington, D. C. — — — — — — — — — — — — — — — 414

Cancer of the Larynx, J. H. Font, M. D., Santurce, P. R. — 439

Notas Editoriales

La Escuela de Medicina — — — — — — — — — — — — 447

Lista de Honor — — — — — — — — — — — — — — — — 449

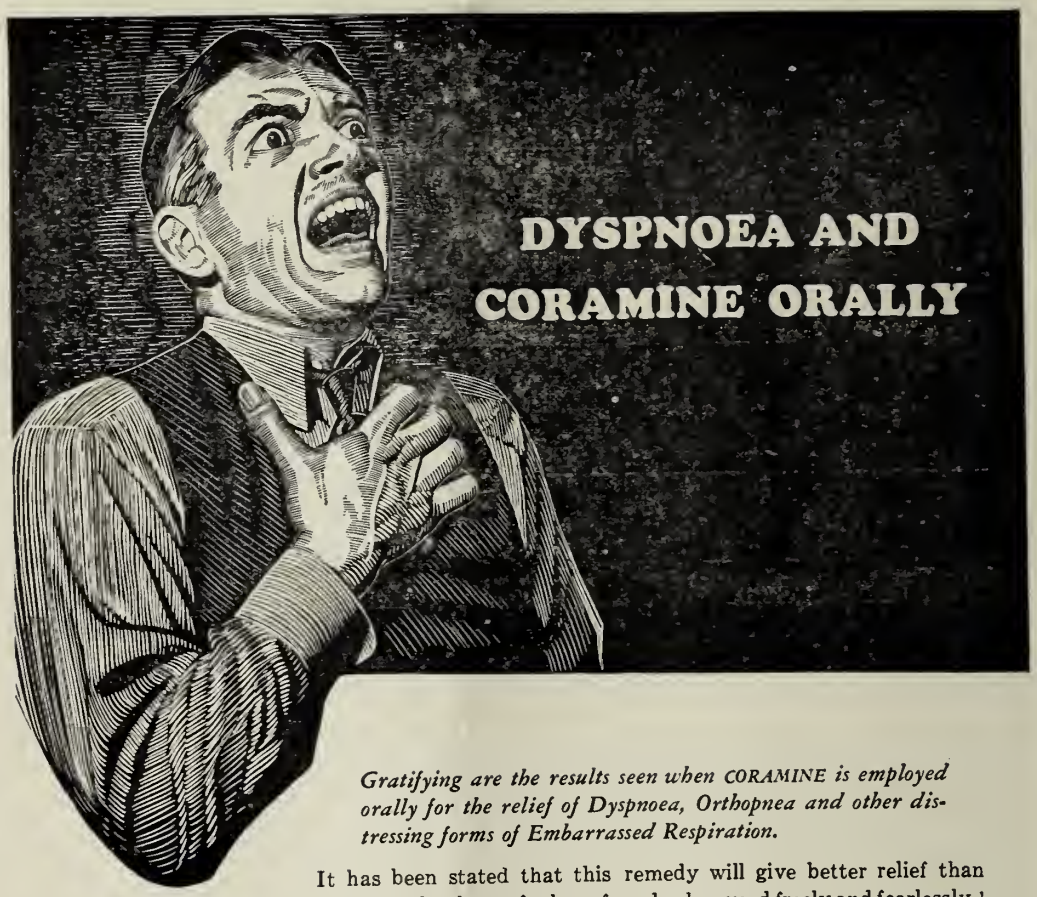
Noticias Médico-Sociales — — — — — — — — — — — — 450

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — — 453

Resumen del Programa de la Asamblea Anual — — — — — 454

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.



Gratifying are the results seen when CORAMINE *is employed orally for the relief of Dyspnoea, Orthopnea and other distressing forms of Embarrassed Respiration.*

It has been stated that this remedy will give better relief than anything that has so far been found, when used freely and fearlessly.[1]

Often overlooked, however, is the extreme value of *CORAMINE** orally for extended periods of treatment. It has been given as a 25% solution, one dram three times daily. The wide therapeutic margin of safety reduces the possibility of undesirable side effect.

In emergencies *CORAMINE* is used intramuscularly, subcutaneously or intravenously in doses of from 5 to 10 cc. Use it in your next case of Dyspnoea.

[1]Lankford, J. S., "Coramine," Clinical Medicine & Surgery, 37, 670, 1930.

CORAMINE

AMPULS LIQUID

A Cardio-Respiratory Stimulant

Produced Only by Ciba

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

SUMMIT, NEW JERSEY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860

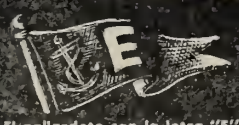


DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

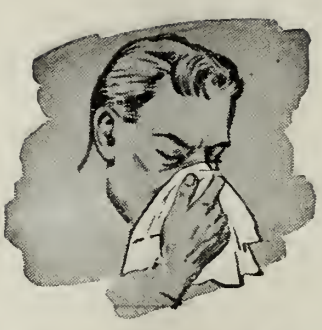


El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción" y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fué presentada recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.



Para Catarros Nasales

descongestión rápida y prolongada de la mucosa nasal, con relativa ausencia de reacciones secundarias inconvenientes, recete

Clorhidrato de
Neo-Sinefrina

(clorhidrato de levo-alfa-hidroxi-beta-metil-amino-3-hidroxi etilbenceno)



Se ofrece en solución al ¼% o al 1% en frascos de 30 c.c., para aplicarse con cuentagotas o pulverizador; y en forma de jalea al ½% en tubos con aplicador nasal.

Frederick Stearns & Company



DETROIT, MICH., E. U. A.

Desde 1855... PRODUCTOS INDISPENSABLES PARA EL ARMAMENTARIO DEL MEDICO

Representante: Víctor M. Bártoli, Apartado 2834, Santurce, P. R.

Para todas las ANEMIAS

Clough★ Clasifica Así las Anemias

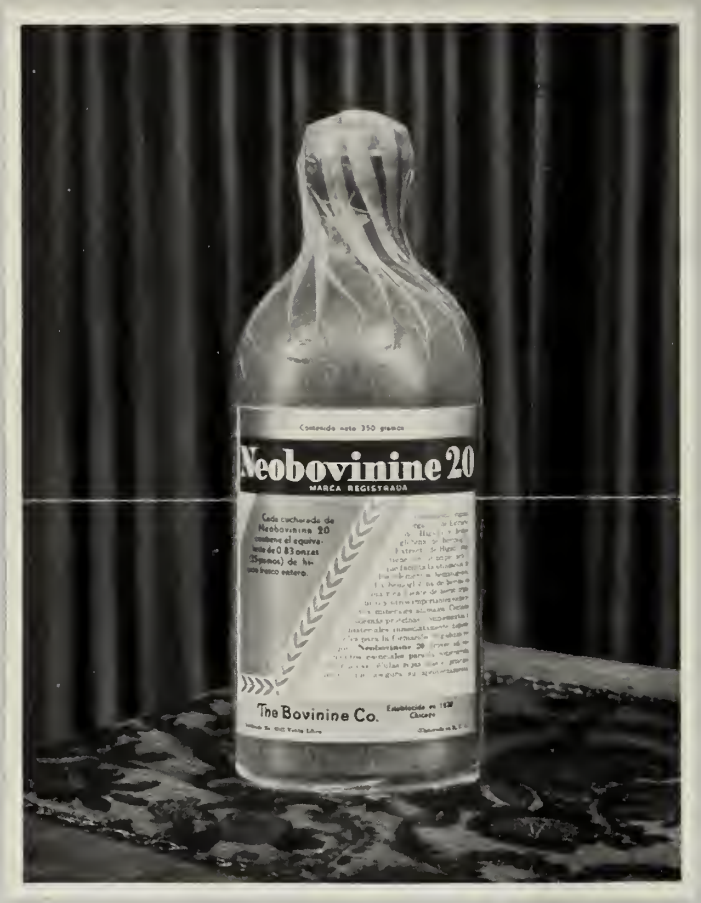
1. Pérdidas de sangre; es decir, hemorragia externa, incluyendo las hemorragias por las vías gastro-urinarias, *Anemias Posthemorrágicas.*

2. Destrucción de la sangre dentro del organismo, *Anemias Hematoliticas.*

3. Formación deficiente de sangre, *Anemias Aplásticas.*

El Neobovinine 20, compuesto de Extracto de Hígado más los Elementos Minerales Animales (Asimilables) contenidos en la Hemoglobina de Bovino, ha dado óptimos resultados en todas las formas de Anemia.

★ Paul W. Clough, M. D., Associate in Clinical Medicine, Johns Hopkins University. "Enfermedades de la Sangre," Harper and Bros., N. Y. and London, 1929.



NEOBOVININE 20

DOSIS

ADULTOS: Una cucharada después de cada comida y al acostarse, de acuerdo con las direcciones de su médico, hasta que en su opinión se hayan obtenido los resultados deseados.
NIÑOS: Una cucharadita cuatro veces al día, como arriba.

DOSAGE

ADULTS: One tablespoonful after each meal and on retiring, as directed by the physician, until in his opinion desired results have been attained.
CHILDREN: One teaspoonful four times daily, as above.

PUEDE TOMARSE EN LECHE O JUGO DE FRUTAS, SI SE DESEA.

Contenido:
8 Onzas Flúidas

THE BOVININE COMPANY
Distributors - Chicago, Illinois, U. S. A.

Contents:
8 Fluid Ounces

A LOS SEÑORES MEDICOS

Teniendo en cuenta las dificultades que ofrece el mercado para conseguir medicinas a tiempo y en cantidad necesaria como es natural durante la emergencia de guerra, recibiéndose a veces poca cantidad de una clase y mucha de otras, nos vamos a permitir sugerirle que al prescribir a su buena clientela (en aquellos casos que pueda disponer de diferentes marcas similares) indicarnos en su receta que podemos servir el producto prescrito de cualquiera de los fabricantes reconocidos como de confianza por la profesión médica.

Esto se refiere principalmente a productos vitamínicos, glandulares, de hígado, e inyectables de los cuales todos los fabricantes responsables ofrecen más o menos la misma calidad en dosis y tamaños.

FARMACIA BLANCO

SAN JUAN — SANTURCE

Evolution



For Centuries

The old-fashioned poultice served as a universal source of counter-irritation and hyperemia.



Yesterday

To assure greater accuracy and ease of administration the kaolin emplastrum was developed.



Today

With the addition of readily absorbed guaiacol, creosote and methyl salicylate came NUMOTIZINE, the "cataplasm plus," decongestive, antipyretic and analgesic.

FORMULA

Guaiacol U. S. P.	2.6
Beechwood Creosote U. S. P.	13.02
Methyl Salicylate U. S. P.	2.6
Formalin	2.6
Quinine Sulfate U. S. P.	2.6
C. P. Glycerine and Aluminum Silicate q. s. ad.	1000 parts.

4, 8, 15 and 30-ounce Jars.

NUMOTIZINE, INC.
900 NORTH FRANKLIN STREET CHICAGO, U. S. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan. P. R.



Cuando sus Ojos se Cansan, Usted Para

EL cansancio de la vista entorpece toda clase de trabajos que requieran usar la vista de cerca; la fatiga visual puede llegar a molestarle en tal forma que usted tenga que parar su trabajo para descansar. Muchas personas capacitadas e inteligentes no manifiestan su agilidad mental en la vida social y comercial por no tener buena vista. Se han dado casos en que muchas mujeres inteligentes han pasado por torpes por la misma razón. Niños inteligentes por naturaleza se atrasan en sus estudios porque no ven bien.

Como es natural, usted quiere conservar su vista y la de su familia, por lo tanto, es importante que si usted o su familia necesitan anteojos los obtengan sin pérdida de tiempo. Empleados con buena vista producen más, mejor calidad, desperdician menos y sufren menos accidentes. Consulte su refraccionista, y recuerde que si sus ojos necesitan anteojos, merecen lo mejor . . . anteojos Bausch & Lomb.

Representantes:

H. V. GROSCH CO.

COMERCIO ST. 21 — SAN JUAN

BAUSCH & LOMB

OPTICAL CO. ROCHESTER, N. Y., E. U. A.

Fundada en 1853

Una Institución Científica Norteamericana Productora de Cristales Opticos e Instrumentos de Optica para la Ciencia, la Educación, la Investigación, la Industria, y la Corrección de los Defectos de la Vista.



CONSTANT ALERT!

Calm, steady nerves and all-around good health are essential during times such as we are living through today. Regular daily intake of the Vitamin B Complex as a dietary supplement will help maintain the full integrity of nerve tissues. Elixir Galen B Fortified is a concentrate derived from rice bran and fortified with added amounts of thiamine and riboflavin. It supplies ample quantities of all factors of the entire natural vitamin B complex, and because of the added vitamins, it can also be used successfully in the treatment of those cases requiring large dosages of thiamine and riboflavin. Elixir Galen B Fortified is designed for regular everyday use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.



Galen Company

BERKELEY · CALIFORNIA · E. U. A.

A la Distinguida Clase Médica...

Como importadores que suplimos a los farmacéuticos, nos permitimos presentar a la consideración de la distinguida clase médica el problema que la escasez e irregularidad de transporte acarrea respecto a ciertos específicos recetados frecuentemente, suplicando no limiten sus prescripciones de ellos a determinado fabricante ya que todos esos preparados *standard* están conforme a las reglas de ética médica y a las exigencias oficiales u oficionales a que se someten los fabricantes más conocidos.

En la práctica a veces el farmacéutico y desde luego el paciente paga caro por un nombre registrado específico pudiendo adquirir lo mismo en dosis y tamaños en productos menos anunciados.

P. R. Wholesale Druggists Assoc.

Cita

Seleccionada entre más de 400 comunicaciones publicadas

"El recobramiento de este anestésico (Pentothal Sódico), es más parecido al despertar del sueño normal, que al impuesto artificialmente por la anestesia; y cuando los procedimientos quirúrgicos requieren su repetición —algunas veces hasta cinco o seis intervenciones—hay más probabilidades de que la moral del paciente sufra menos que con el uso de otros anestésicos."

H. S. Randolph, M.D.
L. R. Kober, M.D.
Phoenix, Arizona

The Use of Pentothal Sodium Anesthesia in Thoracic Surgery

J.A.M.A. 121:1215-1217, Abril 10, 1943

PARA ANESTESIA INTRAVENOSA

[Tiobarbiturato (1-metil-butilo) etil sódico, Abbott]

Pentothal Sódico

ABBOTT LABORATORIES
INTERNATIONAL COMPANY
919 No. Michigan Ave., Chicago 11, Ill., E. U. A.

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO

Salvador Brau No. 86 — P. O. Box 1082

San Juan 5, Puerto Rico

Tratamiento de mantenimiento de la Anemia Perniciosa con—

SOLUCION EXTRACTO DE HIGADO CONCENTRADO A 1 cc.

(PARENTÉRICA)

Lederle

EN un estudio clínico reciente ALT y YOUNG[1] confirmaron las observaciones de MURPHY[2,3] de que los extractos muy concentrados de hígado son tan eficaces como los extractos "crudos" en el tratamiento de la anemia perniciosa, fuese o no afectada la médula espinal. Estos clínicos mantuvieron remisión total en una serie de pacientes administrando "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" con intervalo promedio de 17.5 días. Comentan como sigue:

> "Para mantener al paciente con anemia perniciosa, es primero necesario tener la seguridad de que el extracto hepático empleado posee la potencia deseada. En segundo lugar, la respuesta de cada paciente debe ser estudiada individualmente. Algunos requieren más del principio activo del hígado que otros para la remisión completa. Como regla general es aconsejable administrar más del requisito mínimo de hígado para proteger al paciente contra la recaída.
>
> "El paciente que hoy sufre anemia perniciosa puede, con gasto mínimo y pocos inconvenientes, mantener la remisión indefinitivamente. Siempre es arrestada la degeneración de la médula espinal y por lo general las manifestaciones neurológicas mejorarán en los casos menos avanzados
>
> "En vista de que el paciente tolera mejor la dosis de 1 c.c. de los extractos de hígado concentrados, es de preferirse esta clase de preparado para uso rutinario."

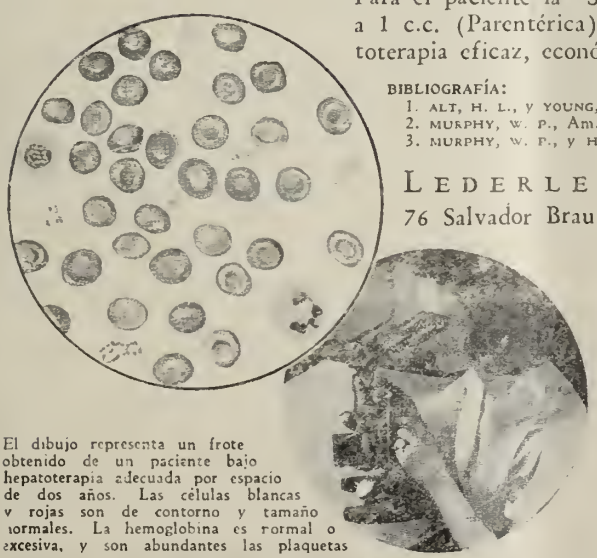
Para el paciente la "Solución Extracto de Hígado Concentrada a 1 c.c. (Parentérica) *Lederle*" constituye una forma de hepatoterapia eficaz, económica y conveniente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ALT, H. L., y YOUNG, R. H., Ill. M. Jour., 78:444-448, noviembre de 1940.
2. MURPHY, W. P., Am. J. M. S., 191:597-607, 1936
3. MURPHY, W. P., y HOWARD, I., J. A. M. A., 112:106-110, 1939.

LEDERLE LABORATORIES CO.

76 Salvador Brau San Juan



El dibujo representa un frote obtenido de un paciente bajo hepatoterapia adecuada por espacio de dos años. Las células blancas y rojas son de contorno y tamaño normales. La hemoglobina es normal o excesiva, y son abundantes las plaquetas

ENVASES:

Tres frascos de 1 c.c.—cada centicubo contiene 15 unidades F. EE. UU.



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

se complace en invitar a la Profesión Médica de Puerto Rico para que presencie la Exhibición de sus Productos Eticos que se presentará en los salones de la Escuela de Medicina Tropical los días 10, 11 y 12 de Diciembre, con motivo de la Asamblea Anual de la Asociación Médica.

En esa exhibición presentaremos a la consideración de los señores médicos los siguientes nuevos productos de la Casa Winthrop:

Diethylstilbestrol Dipropionate
Dichlorophenarsine Hydrochloride
Flavaxin Soluble (Riboflavina inyectable)
Kappaxin (Vitamina K sintética)
Pantothaxin (Pantotenato de Calcio)

Esperamos que nuestra exhibición sea de su agrado y no dudando que todos los señores médicos nos honrarán con su amable visita, les saluda cordialmente

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of Merit for the Physician.

Allen 77

San Juan **Puerto Rico**

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXXV. | NOVIEMBRE, 1943. | Número 11.

TRAUMATISMOS AL SIMPATICO*

A. OLIVERAS GUERRA, M. D.
Santurce, P. R.

Un traumatismo, naturalmente, provoca una reacción local, a la cual se le ha dado el nombre de inflamación traumática. Esta, la constituye la injuria que el traumatismo causa en los tejidos mas los cambios que producen los humores al precipitarse hacia el lugar de la lesión para iniciar y llevar a cabo la reparación correspondiente; fenómenos éstos que han sido cuidadosamente estudiados y comprendidos. No en todos los casos de traumatismos, pero en muchos, surgen trastornos que nos parecen impropios y que a veces vienen a ser verdaderas complicaciones de un sencillo proceso de curación. La herida no sana a su debido tiempo; la fractura no consolida o su unión es lenta e incompleta; la cicatriz es dolorosa; la articulación se anquilosa sin razón aparente; la extremidad se atrofia y duele, para desgracia del paciente y desesperación del médico. A estos fenómenos que acompañan y complican cierto número de lesiones y a otros en que, sin lugar a dudas, el simpático ha recibido un traumatismo directo, es que nos vamos a referir.

Lo que podríamos llamar simpático central, (las cadenas de ganglios, los plexos y sus correspondientes troncos nerviosos que los unen) está localizado en posiciones tan protegidas que no se lastima fácilmente con una lesión corriente; ha de ser un traumatismo directo o de gran intensidad el que le ocasione daño. También puede ser afectado por alguna anomalía de reciente formación; o puede ser alguna anomalía congénita lo que lo predisponga a ser lastimado en un accidente. De lo primero ejemplo corriente es, el *'shock'* intenso que provoca un traumatismo que afecte el plexo solar o cualquier víscera de importancia. De los segundos, de las anomalías, también tenemos ejemplos de fácil reconocimiento clínico.

La parte del simpático que está constantemente expuesta a traumatismos es la que podríamos llamar sistema periferal del simpático; esto es, las innumerables ramas nerviosas que acompañan los vasos sanguíneos y las que suplen todas las estructuras del cuerpo. Por insignificante que sea, una lesión traumática siempre afectará algunas o muchas ramas terminales del simpático, provocando, a veces, reacciones violentas, responsables de los fenómenos, que, como hemos dicho, dan motivo a serias complicaciones en la reparación y cicatrización de los traumatismos.

En nuestra labor de cirugía traumática y como ex-médico consultor de la Comisión Industrial, hemos tenido oportunidad de observar estos fenómenos, difíciles de explicar y de comprender, y que son motivo de prolongadas reclamaciones, litigios

* Leído el día 28 de octubre de 1943, ante la Asociación Médica de Puerto Rico.

y protestas acompañadas de mutuas acusaciones de parte de los representantes de los patronos y los obreros; de parcialidad, de un lado, y de, simulación, del otro; encontrándose, el que juzgue, en la peculiar posición de ser tachado, con razón, muchas veces, de ignorante.

Los casos son tan numerosos, desde los leves a los muy serios, que sólo trataremos de clasificarlos, singularizando nada mas que aquéllos que consideramos de alguna importancia.

Las anomalías anatómicas que con mayor frecuencia ocasionan disturbios del simpático son la costilla cervical; un proceso transverso de la séptima vértebra cervical mayor de la normal; una primer costilla anormal; un escaleno anterior ejerciendo presión sobre la arteria subclaviana. Ocasionan estas anomalías vasoconstricción que provoca cambios crónicos en la piel y en los demás tejidos, y un dolor intensísimo característico. Esto se debe a estimulación del simpático, hipertonia, y vasoconstricción; y es seguido de supresión de la estimulación simpática y vaso-dilatación activa.

Los ataques de vaso-constricción son espasmódicos, aparecen en crisis cortas y suelen variar en intensidad, desde ligeros cambios apenas perceptibles, hasta crisis muy intensas. Están acompañados a veces de cianosis intensa de las falanges distales o de los dedos que no se modifica inmediatamente después de una simpatectomía o ganglionectomía.

Los cambios tróficos que se observan varían desde ligeros hasta muy marcados. Podrá verse cambios en las uñas, las que se endurecen, se vuelven frágiles y muestran estrías transversas y longitudinales, y otras irregularidades; su crecimiento disminuye. La yema de los dedos se endurece y se predispone a formación de abscesos e infecciones periungueales que ordinariamente son de poca seriedad pero que pueden dar origen a lesiones gangrenosas.

Estos cambios, cuando se observan en una extremidad superior deben recordarnos una costilla cervical. Una radiografía nos lo podrá confirmar pero puede palparse y hasta notarse un defecto en la fosa supra-clavicular en cuestión a inspección. Cuando los síntomas vasculares son marcados, la costilla cervical será larga mientras que una costilla corta produce más dolor y atrofia muscular por presión sobre el plexo braquial. Es necesario que la costilla haga presión sobre la arteria subclaviana para que se produzca vaso-constricción por la irritación que ocasiona a la adventicia y lo cual da motivo para que desaparezca el pulso radial, para que las oscilaciones sean apenas perceptibles en el antebrazo y para que el calor de la extremidad baje.

No sólo puede una costilla cervical producir estos disturbios vasculares y nerviosos; puede también ocasionar otros más serios todavía, como aneurisma de la arteria subclaviana, y trombosis de las arterias distales. El aneurisma lo motiva el roce de la costilla contra la arteria que produce la pérdida de su elasticidad. La trombosis se debe a cambios que ocurren en las paredes de la arteria y que pueden progresar aún después de resecada la costilla.

La resección de la costilla, aunque no sea total, (debe ser lo más completa posible) resulta casi siempre en una cura satisfactoria si no existe obliteración arterial. En muchos casos quedará alguna incapacidad. En caso de aneurisma, su resección puede resultar en gran incapacidad por deficiencia en la circulación.

Si la arteria está ocluída aún no inter-

viniéndose con ella, después de resecada la costilla, el resultado será muy bueno, pero en algunos casos la mejoría no será total; los ataques de dolor seguirán sin duda debido a la oclusión de la arteria. La resección de la arteria obliterada hará que desaparezcan los dolores.

El síndrome del escaleno anterior, descrito por primera vez por Howar Naffziger, da origen a una condición idéntica a la de costilla cervical. En estos casos la arteria subclaviana está comprimida entre un escaleno anterior esclerosado y la primer costilla y produce ataques de vaso-constricción característicos; basta seccionar el escaleno en su inserción para lograr la curación.

Como dijimos anteriormente, a veces los disturbios producidos por estas condiciones son tan leves, que apenas ocasionan molestias o pasan desapercibidas hasta que algo provoca el primer ataque. Este algo suele ser un traumatismo, que no tiene que ser necesariamente grave; un golpe de poca intensidad en el hombro o brazo; un estirón del brazo o un movimiento brusco pueden ser la causa que los precipiten. El cuadro que se presenta entonces es uno de vaso-constricción simulando una enfermedad de Raynaud. El hecho de que un traumatismo acelere u ocasione tal condición en una persona con una costilla cervical ha sido aceptado como posible; y lo mismo puede asegurarse en casos del síndrome del escaleno anterior.

Estos ataques de vaso-constricción pueden también ser originados por un traumatismo en las cercanías de la primer costilla, sin que exista costilla cervical ni defecto alguno en la séptima vértebra cervical. René Leriche[1] afirma que esto puede suceder cuando exista una fractura vieja de la clavícula que produzca lesiones en la arteria. En este caso de Leriche se había formado una pseudoartrosis de la clavícula con formación excesiva de tejido escleroso por detrás de la clavícula, y obliteración de la arteria subclaviana.

Nosotros hemos visto con alguna frecuencia este síndrome provocado por un traumatismo en personas con una costilla cervical. Hace poco tuvimos ocasión de ver un caso curioso en que un traumatismo provocó síntomas de irritación simpática en una persona con primeras costillas rudimentarias.

Un obrero, de 24 años, que aseguraba que siempre fué saludable, recibió una contusión de moderada intensidad en el brazo izquierdo y en el codo, con una erosión extensa. Esta sanó pero el obrero se quejó de dolores continuos en la extremidad y a tal punto que fué sospechado de ser un simulador que mantenía su miembro en constante quietud con objeto de justificar una reclamación. Observamos cambios tróficos moderados, cianosis, aparente debilidad de la extremidad; el pulso era mucho más débil que en el antebrazo contrario y la presión arterial más baja. Sospechamos una costilla cervical. Estudios radiográficos demostraron que existían dos costillas rudimentarias, la primera de ambos lados. El accidente había provocado o acelerado un síndrome parecido al de costilla cervical en el brazo izquierdo.

Otro síndrome del simpático que ocasionalmente se observa después de un traumatismo,[2,3,4] es el de Claude Bernard-Horner. Este es una parálisis del simpático cervical que se caracteriza por contracción de la pupila, caída del párpado superior, y enoftalmo que es más aparente que real y se debe a estrechez de los ángulos parpebrales producida por la caída del párpado superior y elevación del párpado inferior. También se observa disturbio de la acomodación y anhidrosis.

El síndrome de Claude Bernard-Horner aparece después de simpatectomía cervical;

es producido por tumores de la médula espinal o siringomielia a nivel del centro cilioespinal; por costilla cervical; tumor cervical; ganglio linfático recrecido; aneurisma de la aorta; tumores del mediastino superior; enfermedades de los ápices del pulmón; por radiculitis; enfermedades del esófago; y adenoma de la tiroides. También lo producen traumatismos, especialmente heridas de bala o de puñal, según Cobb y Scarlett. Se sabe de una forma hereditaria que presenta ausencia de pigmento en el iris.

Nosotros hemos observado casos causados por contusiones fuertes en el cuello y asociados con fracturas de la primer y segunda costillas.

Un obrero recibió una contusión muy fuerte en el lado derecho del cuello que le produjo un gran hematoma. Después de mejorar del estado inicial, se notó el desarrollo del síndrome de Horner, y la existencia de un aneurisma de la subclaviana.

Otro obrero sufrió una caída fracturándose las 6 primeras costillas izquierdas superiores y la clavícula. Desarrolló un síndrome de Horner acompañado además, de signos tróficos del brazo. Para desgracia suya era tartamudo y pasó gran trabajo para hacer creer a los médicos de asistencia que antes del accidente era una persona normal excepto por su tartamudez.

Tuvimos ocasión de estudiar otro caso, un cargador de cañas, que cayó de un vagón fracturándose las dos primeras costillas y que aunque no desarrolló síndrome de Horner, tuvo síntomas de irritación del simpático cervical parecidos a los de costilla cervical.

A esto se limita nuestra experiencia en cuanto a traumatismos directos sobre el tronco y ganglios del simpático. En cuanto a los efectos de traumatismos sobre las ramas del simpático, son tan variados que nos limitaremos casi exclusivamente a enumerarlos.

Harris y McDonald han demostrado que la circulación comprometida de niños paralíticos después de sanar de poliomielitis mejora al extremo de observarse un aumento en el crecimiento de la extremidad, después de ganglionectomías, que se explica por desarrollo de una hiperemia debido a la mejoría que se obtiene en la circulación; la cual, devuelve el calor normal, hace desaparecer la cianosis y cura las úlceras. Estos beneficios sólo se observan si no hay parálisis completa de la extremidad, y son un excelente argumento a favor de simpatectomías.

Hace tiempo en Europa se practican simpatectomías periarteriales con el fin de estimular la reparación y consolidación de fracturas y esto parece ser de gran utilidad en fracturas que no tienden a unir.

A Südeck se debe haber llamado la atención a los cambios tróficos de los huesos después de fracturas, y de traumatismos a las articulaciones, o un simple esguince. Leriche y Fontaine han demostrado los disturbios vasomotores que acompañan estas lesiones y los beneficios excelentes que se obtienen sometiéndolos a simpatectomías. Esta condición que se conoce como artritis traumática u osteoporosis dolorosa post traumatismo, se caracteriza por los siguientes síntomas: (1) pérdida de función; (2) descalcificación; (3) disturbios vasomotores; y (4) dolor intenso. En muchas ocasiones sólo un golpe o torcedura produce una artritis traumática; al principio no habrá gran pérdida de función, pero al cabo de algunos días, la articulación se hincha, enrojece, y está muy dolorosa. La hiperemia cede a un estado de espasmo vascular. El hecho que la osteoporosis aparece demasiado temprano habla en contra de que estos cambios sean debido a falta de uso. La incapacidad que sigue es

seria, y resiste todo tratamiento ortopédico, y puede incapacitar al paciente por muchos meses y hasta resultar en anquilosis. El mejor tratamiento es la simpatectomía; ésta hace desaparecer el dolor y evita las molestas secuelas. Infiltraciones paravertebrales dan excelentes resultados. El tratamiento profiláctico consiste en infiltrar los tejidos periarticulares con procaína.

Los dolores de los muñones de amputación, que varían en intensidad en diferentes personas, se cree son provocados en parte a través de las ramas del simpático, irritadas. Fontaine y F. Orban han producido depresión vascular, en forma de vaso-dilatación, seguida de vaso-constricción, cianosis y baja en la temperatura, estimulando el neuroma de un muñón con una corriente eléctrica. Se supone que los cabos de las fibras nerviosas y de la neuroglia que los acompañan se tuercen dentro del tejido cicatricial formando neuromas e irritan las fibras simpáticas. Estos dolores son ocasionados por estimulación del simpático y ceden a infiltración de las cadenas para-vertebrales simpáticas.

Los dolores que ocasionan ciertas cicatrices, ceden a infiltraciones con novocaína. Este fenómeno tiene también explicación parecida a la anterior. En el proceso de cicatrización se forman diminutos neuromas que quedan aprisionados al tejido cicatricial expuesto a irritación constante o debajo del nuevo epitelio también susceptible a ser irritados. La irritación ocasiona los estímulos que provoca el dolor, y cambios idénticos a disturbios vasomotores.

La causalgia es otro síndrome probablemente debido a un disturbio del simpático periarterial aunque todavía se afirma que es causado por una lesión en un tronco nervioso mayor, como el ulnar o el sciático. A Wier Mitchell se deben las primeras descripciones de estos casos, y hoy nada nuevo podría agregarse a ellas. Los casos fueron observados durante la Guerra Civil y eran debido a heridas de balas las cuales seccionaban parcial o totalmente un tronco nervioso.

La causalgia se caracteriza por un dolor fortísimo de ardor, igual al de las quemaduras y que se provoca e intensifica por leves estímulos, como los movimientos, el roce, las vibraciones y las emociones. Este intenso ardor obliga al lesionado a protegerse el miembro afectado con precauciones al parecer tan exageradas que se toman por ridículas. Tal es la hiperestesia, que el paciente vive en eterno pavor de lastimarse, y como si en realidad se estuviese consumiendo en fuego, busca alivio humedeciéndose la parte enferma.

Surgen en estos casos cambios tróficos intensos. La piel se vuelve lustrosa, lisa y apergaminada, perdiendo sus pliegues naturales y los vellos; las uñas toman un aspecto arrugado, con estrías longitudinales y transversas, se encurvan y se tornan frágiles; los dedos se adelgazan; las articulaciones se fijan en anquilosis y los huesos se vuelven porosos.

Leriche ha demostrado que en realidad el motivo que provoca la causalgia no reside en los troncos nerviosos periferales, sino en el simpático que acompaña las arterias. No solo se afectan los troncos nerviosos periferales sino también la arteria vecina se colapsa y obstruye, llegando a formar un cordón susceptible a ser el foco de donde parten los estímulos iniciadores de vaso-constricción y la hiperestesia correspondiente. Extirpando la parte de la arteria afectada se logra una curación de los síntomas debido al disturbio simpático; esto es, de los fenómenos vaso-constrictores.

Otra lesión del simpático con la que estamos más familiarizados, es la neuralgia difusa y ascendente que se observa después de ciertos traumatismos y de la que

nos ocupamos hace poco.[5] Este síndrome nos ha interesado porque se observa con relativa frecuencia como una complicación seria en los casos de sección de tendones de los cortadores de caña, lesión ésta la más frecuente entre nuestros cultivadores de la caña de azúcar y que ocasiona gran pérdida de tiempo a los obreros, y les deja a veces muy serias incapacidades; y que, además, es, sin duda alguna, motivo de grave carga económica a los patronos agrícolas.

Se asemeja clínicamente esta afección a la causalgia, por la naturaleza e intensidad del dolor y por los cambios tróficos que sobrevienen. La causa excitante, sin embargo, es distinta. En la causalgia será una herida de bala que afecta o no a un tronco nervioso periferal pero que debe interesar un vaso sanguíneo. En la neuralgia post-traumatismo, la lesión será trivial; no se afecta ningún tronco nervioso mayor ni ningún vaso de importancia. Un rasguño; una herida punzante o una pequeña herida pueden ser las que inicien las condiciones que han de terminar en la seria neuralgia ascendente.

En los cortadores de caña el historial es típico. En los rápidos movimientos que ejercen para derribar a macheete la caña, fallan a veces un golpe, o sufren un traspie y se hieren la mano con que sujetan el tronco de la planta, produciéndose una herida, casi siempre en el dorso de la mano. Esta varía desde un ligero rasguño hasta casi la amputación de la mano, pero es lo más común que sólo se seccionen varios de los tendones extensores. Estos son suturados y el hombre recibe el tratamiento propio de estos casos, incluyendo un período corto de hospitalización. Algunos casos se infectan y se prolonga la curación. Otros, y son estos los que nos interesan ahora, comienzan a quejarse de intenso dolor en la mano afectada pocas horas después de recibir la herida o varios días más tarde. La mano estará edematosa por varios días, luego este edema cede y se adelgaza. Los dolores y los cambios tróficos son idénticos a los observados en la causalgia.

La causa de esta afección la atribuye Leriche a un desequilibrio de la inervación simpática de los vasos sanguíneos. Un traumatismo, por leve que sea, produce estímulos que ocasionan cambios vaseulares, vaso-dilatación seguida de vaso-constricción. Estos estímulos se transmiten por los nervios periferales pero ocasionan cambios en los centros simpáticos que son la causa de los trastornos en los vasos sanguíneos. En ciertos individuos, por razones desconocidas, surge un desequilibrio del simpático que es causa de vaso-constricciones constantes que dan origen a los dolores y cambios tróficos.

Ocurre esto especialmente en la mano, y sobre todo cuando la herida está localizada en la yema de los dedos, sobre o cerca de las articulaciones o interesando los tendones, porque todas estas estructuras son riquísimas en hebras nerviosas terminales sensitivas que envían constantemente estímulos a los centros simpáticos produciendo reflejos anormales.

El tratamiento preventivo para las neuralgias ascendentes de origen traumático, consiste en infiltraciones con solución de novocaína al 1% tan pronto como el paciente se queje de ardor insoportable en su mano. El tratamiento después que la afección esté en estado avanzado será inyección de los ganglios simpáticos correspondientes.

Conclusiones:

Muchos fenómenos de sensibilidad, tróficos, y funcionales que acompañan como complicaciones e incapacidades que que-

dan después de los traumatismos, se explican por disturbios que estos ocasionan en el sistema simpático, originando una estimulación viciosa a través de las hebras simpáticas o a través de los nervios periferales, cuya acción provoca una reacción anormal de estimulación en los centros simpáticos. Estos fenómenos pueden ser leves trastornos apenas notados por el paciente y el médico, o cambios que lleguen a constituir verdaderas complicaciones e incapacidades.

El origen anatómico de la hipersensibilidad simpática iniciadora de estos disturbios, puede residir en tejidos muy ricos en hebras nerviosas como los tendones, los tejidos periarticulares, cicatrices, muñones, vasos sanguíneos traumatizados y troncos nerviosos afectados.

De existir una lesión de fácil apreciación, como un aneurisma traumático; fracturas; una oclusión arterial; una cicatriz o muñón dolorosos; ella explica fácilmente el desarrollo de estos fenómenos. Es duro achacarlos a lesiones leves, como sección de uno o varios tendones, esguinces, o heridas punzantes pero lo cierto es que estas lesiones suelen estar acompañadas de los fenómenos a que nos referimos. Esto último puede tener su explicación en que la constitución fisiológica y mental de todos los individuos no es igual y que su sistema simpático responde de diferente modo a los traumatismos, provocando en ellos muy serios disturbios, impropios, al parecer, de un traumatismo menor.

Es, pues, indispensable, que al juzgar la sintomatología subjetiva después de los traumatismos, se tenga en cuenta estos hechos y se le dé el debido valor a las quejas y molestias del lesionado, porque de ser confirmados los síntomas subjetivos por cambios funcionales y tróficos, el no comprenderlos implicaría pérdida importante de tiempo en el tratamiento.

Los centros del simpático no son afectados por lesiones leves a menos que no existan anomalías cerca de ellos, cuando una lesión pequeña suele provocar o acelerar un disturbio, como en casos de costilla cervical.

Lesiones graves, como heridas de bala o de puñal causan daño por su acción directa sobre los centros simpáticos. Hemos mencionado la fractura de las costillas primera y segunda como causa de irritación y parálisis del simpático cervical.

REFERENCIAS

1—*René Leriche*—The Surgery of Pain (Archibald Young); Bailliere, Tindall & Cox, London, 1939; Chapter XI, 278-279.

2—*James C. White* and *Reginald Smithwick*—The Anatomic Nervous System; The MacMillan Co., New York, 1941; Chapter X, 262-263.

3—*Earl D. McBride*—Disability Evaluation; J. B. Lippincott Co., Philadelphia, London, Montreal; Chapter XXIV, 527.

4—*W. Wayne Babcok*—A Text Book of Surgery. W. B. Saunders, Philadelphia and London, 1930; Chapter XXXIV, 737.

5—*A. Oliveras Guerra*—Neuralgias Post-traumatismos, Boletín Asociación Médica de P. R., XXXV No. 2, Feb. 1943, 47-51.

PSYCHOTHERAPEUTIC TRANSFUSIONS

LOUIS S. LONDON, M. D.

Washington, D. C.

A colleague of mine recently asked me whether I could accept a patient who had been recently subjected to electric shock for psychotherapy. My colleague said "I think the man needs a daily psychotherapeutic transfusion for about 20 minutes so he cound carry on." That remark made me ponder and I thought that the general practitioner should be informed as to what psychoterapy really is and its role as a therapeutic agent.

Since psychotherapy is really one of the oldest specialties in medicine, I cannot go into its history in this short paper. However, I should like to confine my remarks to one of its latest aspects, "psychoanalysis", and to state my experiences with a modified form of this therapy —fractional psychoanalysis, which is really a method of giving patients psychotherapeutic transfusions.

From modest beginnings psychoanalysis has developed into a science that has spread the world over. Numerous physicians practice it, and its bibliography is probably not surpassed by any other specialty in medicine. Its tenets have not only affected the science of psychiatry, but literature, mythology, history of the arts, religion, psychology, philology and many other branches of science have trodden new paths of research and knowledge inspired by psychoanalysis. But, even today, its merits are debated and after five decades is regarded as having been rejected as a scientific method.[1]

Many of its critiques have not only been foreign to the field of neuropsychiatry, but have not even been physicians. The skeptics and opponents of psychoanalysis have taunted the practitioners of this form of therapy with their failure to report cases in detail. The writer reported in 1937, 50 cases[2] but the skeptics still remain unsilenced. If we review the history of medicine we can see that even the discovery of vaccination was not accepted by the British Medical Society for over 40 years.

I have practiced exclusively this form of therapy for over 15 years. In my experience of 35 years in psychiatry, and after the examination of thousands of mental cases in my 15 years' institutional experience and my personal analysis in private practice of 150 cases, both in the psychoneuroses and psychoses, I think I am entitled to voice my opinion. There is no question that psychoanalysis has opened a new avenue of vision in psychiatry and may be compared to the advent of the microscope in bacteriology. It is the most scientific method of ascertaining the unconscious; and no one can deny that the unconscious plays a role in the psychogenesis of mental disease. Only a psychiatrist is really qualified to delve into this method of therapy whether he be psychoanalyzed himself or not. A psychoanalyst without the knowledge of psychiatry may be compared to the internest without the knowledge of pathology or the surgeon without the knowledge of anatomy.

1—Editorial, "Psychoanalysis and the Scientific Method." J.A.M.A. 122:811 (july 17, 1943).

2—*London, Louis S.*: "Mental Therapy". 2 Vols. Ovici-Friede, New York, N. Y., 1937.

Unfortunately, many of the leaders in the psychoanalytic movement have had no experience in clinical psychiatry or, if they had, it has been either inadequate, or they have obtained their information from textbooks on psychiatry. In my opinion, a clinical psychiatrist is more qualified to practice psychoanalysis than an orthodox Freudian psychoanalyst who has had 800 hours of psychoanalysis (300 hours of self-analysis and 500 hours of control analysis). The trained psychoanalyst who is now accepted by the Freudian movement has to go through this method of training and after this is completed he is qualified to pass judgment on grave mental disorders such as the major psychoses.

Psychoanalysis is really a method for the study of the unconscious and a practitioner of psychotherapy who has no knowledge of the unconscious or mental disease really practices what every practitioner has practiced since the days of Hippocrates, that is, suggestion at the conscious level. He never accomplishes any cures and if he does they are only transient states of improvement.

I have been interested in psychoanalysis since 1913, when I was a state hospital physician. For years I tried to master the technique and confess that I did not understand psychiatry until I made a visit to Vienna in 1927 to study the technique of psychoanalysis. I investigated all schools thoroughly, Freudian, Stekelian, Adlerian, and even by correspondence Jungian and methods practiced in London. I discovered that the basic principles of the Freudians and Stekelians were the same, but I have never observed two analysts of any school practice the same technique. For example, a noted Freudian told me that he uses only the psychoanalytic approach. Another Freudian has analyzed patients in weekly sessions. Some insist on seeing their patients daily; others three times weekly; and so on.

There are many seemingly ambiguous principles in the orthodox Freudian school. Unless the pupil has reclined on the couch of Freud or one of his disciples, he is not accepted by the movement or considered qualified to practice psychoanalysis. The number of hours for the training period has jumped by leaps and bounds. Although there have been no essential discoveries in psychoanalysis since 1927, still the pupil's training period has been extended from less than 100 hours to 800 hours.[3]

The Oedipus complex, the theory of the superego, transference and resistance are still debated. If no cures are obtained the patient is blamed for his resistance (refusal to accept the meaning of the conflict) when, as a matter of fact, Freud specifically states that, whether or not the patient has faith in psychoanalysis, if the conflict is released from the unconscious the patient recovers. In the writer's experience obvious improvement takes place, and cases are freed of symptoms, but how this is attained is still unknown.

In the last decade of Freud's life many of his dogmatic teachings were changed. He acknowledged the moral demands in the form of the superego, contested the general validity of the Oedipus complex and even suggested modifications for the phrase, "the dream is the fulfillment of the wish."[4]

Freud, in his basic writings on dreams

3—In 1928, the writer was instrumental in bringing one of Freud's favored disciples to this country. This Freudian was to analyze several pupils in 120 hours (self-analysis).

4—*Stekel, Wilhelm*: "The Future of Psychoanalysis", authorized translation by Louis S. London, M. D., Psychoanalytic Review, Vol. XX, No. 3, July 1933.

had to quote Stekel, whom he disliked, and was compelled to give the latter credit for his many discoveries of dream symbols. The master's explanations was that Stekel had ingeniously guessed his discoveries and was later proved to be correct.[5]

Since Freud's death, his disciples have been freed of dogmatism, and it is hoped that a more flexible technique will be evolved.

I have long advocated analysis on a fractional basis and have obtained good results.[6] It is not always necessary to treat a case five or six times a week. In many cases, especially the psychoses (cyclic), better results are obtained in less frequent visits. An analysis can even be conducted on the basis of one hour a week. The process is longer but in many cases it can carry a patient along, relieve his mental stress, free him of economic worry, and even assist his transference in the analysis.

To substantiate these facts, I want to mention nine cases, not reported before, when analyses were conducted on a fractitional basis.

CASE 1

A Transient State of Excitement

This patient refused psychoanalytic treatment, but made four visits. The case is reported to show that even in so short a fractional analysis, very important material can be elicited to aid in diagnosis and prognosis and very often the patient can be helped through a transient difficulty. In these cases no deeprooted conflicts can be ascertained, but at least the actual conflict can be alleviated by using active intervention, through anamnesis, free associations and dream material. The catharsis in itself also helps. Very often active intervention will cause moral shock and this itself can sometimes be considered of definite therapeutic value.[7]

The author was consulted by the patient's wife. She said that her husband went to sleep after taking a sleeping potion and awoke the following morning in a violent condition. He was removed to a psychopathic ward for observation. Here he was put in a strait-jacket and immediately fell into another deep sleep which lasted about 36 hours. Upon awakening he appeared perfectly normal and was discharged to the custody of his wife. Two days later he was brought to the writer. He was tall, well-built and showed no physical abnormalities. He recited the following history:

His mother had been an inmate of a state hospital for 10 years. The diagnosis is unknown. His father died of dropsy in his late fifties. He had three brothers who were apparently normal. There was apparently no other heredity of nervous or mental disease.

Personal History

The patient was a forty-four year old male and a native of the United States. He had a common school education, and then secured a position as a stock clerk. He had many similar positions. For a time he lived on the Pacific coast. At the age of 25 he married and had a daughter 17 years of age.

The patient vaguely described two pre-

5—*Freud, Sigmund*: "Basic Writings", translated by Brill, First Modern Library Edition, Random House, 1938, pp 318, 360, 368, 369, 373 and 374.

6—*London, Louis S.*: "Mental Therapy" (2 Vols.), Covici-Friede, New York, N. Y. 1937.

7—*London, Louis S.*: "Treatment of Dementia Praecox", Psychiatric Quarterly Vol. 4. No. 4, pp. 641.

vious attacks. Ten years before he had an attack of severe depression and was hospitalized in a rest home for a month. He said that he felt depressed and had insomnia, but the episode passed and he recovered. One year before he had another attack that was manifested by depression, insomnia and dizziness. This attack also lasted about a month. He denied petit mal or grand mal states.

His present attack followed many years of insomnia, for which he had been in the habit of taking a proprietary medicinal at various intervals. About four days before his initial visit to the writer he took two tablets and went to sleep. When he awoke he found himself in the psychopathic hospital. He did not recall awakening at home in his state of excitement, and neither did he remember his first awakening at the hospital.

He had no recollection of what transpired but remembered this short fragment of a dream:

Dream 1

His daughter was kidnapped and his wife was put into a wardrobe. His associative remarks were that he could not recall any of the participants in the dream except his wife and daughter. On further questioning it was ascertained that he had not had sexual gratification for years. Although he indulged in regular sexual congress he did not derive any gratification.

In one of his other visits he brought another dream:

Dream 2

He makes a date with his former girl friend, one he knew before he married. He then awakes with a feeling of anxiety. In his associations to dream 2, he said that he had not seen this girl in many years and could not imagine why he should dream of her.

We can see a definite connection between dreams one and two, and his domestic relations. Both dreams represent a definite wish fulfillment to escape from his marriage. In dream one he is the kidnapper who conceals his wife in the wardrobe. In dream two he goes back many years and tries to meet the girl he then courted. When we link this with his present sexual dissatisfaction, we can see why the patient has had so many years of insomnia. He harbors all kinds of criminal ideas about getting rid of his wife; these ideas cannot be sanctioned by his superego. Since it is only when the instructive It (Id) and the superego function harmoniously that we can have restful sleep, any conflict between these forces causes insomnia.[8]

Since he was opposed to further psychotherapy, the two dreams were interpreted to the patient. In spite of the fact that he earned a good salary, he claimed that he could not afford further treatment. His resistance to treatment was undoubtedly due to an unconscious defense mechanism against the revelation of his conflict.

This patient made three transient flights into a mental state to escape from his marriage. He talked of taking a rest and going to Florida. This was not opposed by the writer, but the patient was advised that wherever he went his mind went with him.

The writer has been able to follow this case for 12 years. Although the patient had from time to time complained of insomnia he has been free from any definite attacks. This case is not cited as a therapeutic success. No cure is claimed in four sessions in a case that would probably re-

8—*London Louis S.*: "The Meaning of the Dream". Journal of Nervous and Mental Diseases. Vol. 75 No. 1, Jan. 1932, pp. 32.

quire 100 or more sessions, but it is interesting to note that there has been no recurrence in 12 years.

There appeared to be two possible diagnoses; either a manic attack of a manic-depressive psychosis, or an epileptic equivalent. In view of his tainted heredity and of his three previous attacks, the case fitted into the category of manic depressive psychosis, together with a concomitant phase of marital discord.

CASE 2

An Unclassified Psychosis

The writer was called into a consultation to see a man who developed a mental condition as a result of financial reverses. The family physician emphasized that in this case no sexual etiology would be found.

The patient was 46 years old, appeared very suspicious, hesitated in answering questions, but finally admitted that he had an idea that his wife had tampered with his food in such a way as to make him weak; not to poison him, but to weaken him in such a way that he would not be able to carry on his work. He had a son about 24 years old whom he believed could carry on for him, but said he was useless to his family. This itself represented his fear of sexual impotence. His uselessness in his work was a substitute for his sexual inadequacy. I saw this patient, in all, four times. He refused psychoanalytic treatment. The following information was obtained:

Family History

His father died of cancer at 76. His mother was well at 66. There are no brothers or sisters in his family, and there is no history of nervous or mental disease in the immediate or collateral members of the family.

Personal History

The patient was born in Russia and emigrated to this country around puberty. He had very little education and only attended night school. At first he was a peddler, but later he entered the manufacturing business and prospered. He had been the head of the firm for a quarter of a century. Coincident with the famous stock market crash of 1929, his business suffered financial reverses. The patient then became depressed. His family physician gave him the usual advice; that is, to take a vacation. He went to the country for several weeks, gained 15 pounds, but his depression persisted. In fact, it became aggravated, and he began to refuse food.

Sexual Life

He had led an exemplary sexual life and was never intimate with any woman except his wife. He married at the age of 21. He voluntarily advised the examiner that he had never practiced onanism. This habit is frequently denied by patients during the initial interview, but later admitted when transference is established in psychoanalytic practice. The family physician, who had spoken to the patient about this had repeatedly questioned him about masturbation and other sexual matters, and it was for this reason that he was emphatic that here was a case without sexual etiology. In psychoanalytic practice, we never question patients about such matters, but let it come out by itself in free associations.

The patient further said that for years he had practiced coitus reservatus as he feared the responsibility of having a large

family. The family physician had also advised me that the night before the initial interview, his wife, who recognized the patient's mental condition, urged him to have sexual intercourse as a therapeutic measure. The patient had a premature ejaculation and ran away from his wife's embraces.

During the four sessions that the writer had with the patient, it was ascertained that he was so suspicious that he feared to divulge his most personal desires and ideas. He realized that he was ill and feared being sent to a sanitarium. He thought that the writer was in league with his wife and family physician to expose his mental content and to commit him. When he would look out the window and see a waiting automobile he would think that it had been sent to take him away.

During the interview he showed no emotional reaction. He maintained a good insight and realized that he was subject to wanderings of his imagination, but he could not control this compulsion.

He had some self-condemnatory ideas. His father, who had died several years ago, had given him some money to donate to charity, but the patient had misappropriated it for his business. He thought that his present illness was the punishment of God for betraying his father. He had been brought up under a very religious atmosphere and said daily prayers.

Differential Diagnosis:

There were many conditions that could be considered as possibilities in diagnosing this case:

1. *Involutional Melancholia*: The age of the patient and self-condemnatory ideas might point to this. However, he did not show a focus of the depression. There was no retardation, and he had expressed no ideas of self-destruction.

2. *Paranoia*: While his delusional ideas showed some systematization, he did not show any marked emotional response. When relating his delusional thoughts he smiled but showed no emotional affect.

3. *Demential Praecox, Paranoid Type*: This disease is rather rare after the fourth decade, although the writer had observed many such cases in his experience. Many schizophrenics regress to a lower level, their acute delusions subside, and they remain in a dormant state for many years. There may be an exacerbation, as in many organic diseases. In this case the family physician emphasized financial difficulties as an exciting cause. The writer's opinion was that the patient's sexual inadequacy was more important as an exciting cause. Many individuals, especially those who have led an exemplary sexual life, later in life want to make some sexual changes. They realize that in their youth they did not have the romance that they wanted. However, their superego will not allow them to digress from the "primrose path" and they seek refuge in a psychosis or a neurosis. This I have observed in many cases of marital discord.

4—*Paraphrenia*: A borderline condition between paranoid dementia praecox, and paranoia. It was first described and classified by Kraepelin.

5. *Manic Depressive Psychosis — Depressed Type*: It was very difficult to make a diagnosis in such a case in four analytic periods. We can definitely exclude the possibility of a neurosis, and should regard this case more in the category of a psychosis. Possibly a paranoid condition was indicated by the absence of a previous history of an attack. However, the question of the patient's potency was involved, and the writer had observed this symptom in

many cases of the manic depressive type. Sexual impotence was substituted for by an impotence in work, and there was a parallelism between ability to work and sexual activity. Singularly enough, I have observed this syndrome in the fourth and fifth decades of life.

It is now 12 years since I have seen this patient. I do not know his present status. His family physician informed me that he was sent to a sanitarium and remained there for about six months. He then returned home and sat about the house in the same condition that I saw him. Several years later he again developed acute symptoms and had to be returned to a sanitarium.

There are thousands of such cases found in medical practice. The writer's opinions and reasons for reporting this case are as follows:

1. The general practitioner still knows very little about mental disease. Usually when he is consulted by a nervous individual, he will advise him to go to the country for a rest.
2. The general practitioner should not question the individual too closely concerning his sexual life, as this creates a trauma and interferes with subsequent psychotherapy. A dentist will not extract a tooth where there is an abcess coupled with acute inflammation of the jaw. A surgeon will sometimes wait until the temperature subsides before he operates. The general practitioner should not try to treat in a field in which he is unfamiliar.
3. After nearly 35 years' practice with mental diseases, the writer is a firm believer in psychotherapy, providing the practitioner has had especially psychiatric training and with it a knowledge of psychoanalysis. He believes that psychotherapy should be attempted before resorting to custodial care, which he vigorously opposes unless it is necessary in order to safeguard the patient or others from any danger. He does not believe in overwork as a cause of any nervous breakdown. An occupation that does not give gratification may cause unhappiness and even conflicts, but neuroses are not due to hard work. The state hospitals have recognized this for several decades and all have departments of occupational therapy. Custodial care between the fourth and fifth decades is almost a sentence of death. In this case, had the family physician sent the patient at once to a psychiatrist, it may have been possible to have helped him by psychotherapeutics - transfusions.

CASE 3

A Conflict of Bisexuality

The following case was analyzed for 20 sessions and was terminated when the patient had to leave the city. She was very resistant but the analysis alleviated her conflict. The analytic approach should be used by psychiatrists even when 20 hours or less are consumed. The therapy was entirely passive, without any active intervention, and the improvement was without doubt due to the mental catharsis.

Her father, who is 69, is apparently normal. Her mother married at 16 and died at 29 from an unknown cause. There were four children to this union —three brothers and the patient, who is 30. She is the youngest in the family. The patient was five years old when her mother died.

Her father soon married a widow with several children. He continued his interest in the patient until she reached puberty and then seemed to lose interest in her. The patient continued to hold him in esteem until she was 17, when she lost her affection for him. Her father often told her that she was ugly and that no one would like her. She remembered her mother's illness and her death and also recalled having been punished by her stepmother.

After the death of her mother she was sent to live with a drunkard uncle. He often would beat her on the pretext that she was making noise, but in reality her boy cousin of eight was the noisemaker. These beatings probably were important in developing her masochistic nucleus. When her father remarried she returned to live with him, and here she was beaten by her stepmother.

She recalls a trauma at three when she drank paris green. She remembers drinking milk and her mother being hysterical.

She was born in the Catholic faith and was confirmed at 11. She remained a good Catholic until 14, when she abandoned her church. Sometimes she worries over the fact that she is no longer religious. Her mother was brought up in a convent, and she often thinks her mother would have wanted her to be a nun.

There was a good deal of friction at home between her and her stepmother. Although she had lived near a town of 1200 inhabitants with a school in it, this friction became so acute that she was sent to a high school a few hundred miles away. At school she was regarded as being snobbish and unfriendly. Later she was graduated from college. In order to pay her tuition she borrowed money from an uncle who was a drunkard. She also did some private tutoring to pay for her board.

Practically no information was obtained of her early sexual life, but her later sexual life was the cause of the actual conflict. She had her first heterosexual experience when near 26. She was frigid and did not have any sexual feeling. There is no doubt that the forceful seduction contributed to the frigidity and it can be considered as a trauma of her libido.[9]

Relationship to Homosexuality and Heterosexuality: When she was 10 years old she would imagine she was a boy. She played boy's games and never cared for dolls. Even her father wanted her to be a boy. She longed for boys' clothes and around puberty wore them for an entire summer. She continued her interest in boys' games until puberty when she was sent to school. Since it was a girls' school she had to accept their games.

When she was 17 her best girl friend was raped by several men. Her girl friend died as the result of this brutality. This also was a psychic trauma in her life. Her seduction, nine years later probably indicated an identification with her girl friend. After puberty the patient always had many girl friends, and roomed with a girl for many years, who introduced her to the man who seduced her. This girl friend also had been intimate with him, and we can see the triangular relationship between the girl friend, the man, and herself (latent homosexuality). This also corroborates her identification with her girl friend, who had been raped. There is no doubt that the alcoholism removed her inhibition, which led to her seduction.

The patient described many triangles

9—The author saw a young woman of about the same age who was seduced after a New Years celebration. This girl suffered a greater trauma, as it precipitated a schizophrenic reaction.

amongst her friends. In one particular triangle her own lover was involved. A woman often took him along on her vacations in the company of her husband.

Between 18 and 20 she was not interested in boys at all. She was in their company but they had no effect upon her. She had no particular boy friend. Before she met her lover she went out with men, played tennis with them, associated with them and described herself as a "female companion." They never expected privileges from her. For a time after her seduction she shunned her lover, but finally succumbed to the impulses to continue relations with him. She believes she wanted her lover despite his bad reputation. He had countless female friends and boasted of his female conquests. The attraction to a man of this type is also evidence of a latent homosexuality.

Her regular sexual relations with her lover had no beneficial effect upon her mental state. She was not only frigid, but sex made her nervous and jumpy.

During the first year of her love life, her lover left her twice. The first time he returned to his wife, the second time he resumed intimacies with the girl friend who had introduced him to the patient. When he returned to her, he vented his sadism on her by getting enjoyment out of telling her of his conquests over other women. This produced a jealous tension in her. When she did not disclose jealousy, he wanted to know the reason for it.

She had well-defined neurotic manifestations around puberty. At this time she had fears of animals such as foxes and bears, and also had a dark phobia. She feared to go out into the woods unless she had her dogs with her. Although her fear of animals cannot really be considered pathological at this tender age, her family considered her a strange child. She was temperamental, moody, and subject to crying spells.

Her actual conflict had persisted for about five years, and became aggravated after she gave up her clandestine relations with her lover. She developed psychogenetic disturbances of vision, her eyes twitched, and she had headaches and insomnia. She also developed a mild paranoid trend toward her friends and fellow employees. She thought they did not like her. The most bothersome symtom she had was her sexual frigidity and jealousy of her lover, especially when he was intimate with her former roommate. She at times had an idea that she was under a spell, and that her thoughts were disconnected.

It seems that alcohol played a role in her sexual life. She gave a detailed account of being drunk many times. It was during one of these episodes that she was seduced. She awoke one morning and found herself lying alongside her lover in a bed. She was very irritable towards him for several weeks, but was finally coerced into resuming relations with him, and this has continued intermittingly since.

Throughout her short analysis she related many dreams. They all seemed to be centered about her lover from whom she tried to separate. All of her dreams were of a sexual character, and although their content were of men, she always disparaged the opposite sex. It will be recalled that in childhood she always wanted to be a boy. At times she related dreams showing a latent homosexual content. She was resistant throughout her treatment, and at times showed deep emotion, crying bitterly of her plight.

Mechanisms in the case:

There was a latent homosexual conflict

in this case which went back to childhood. Although the roots could not be located in so short an analysis, she gave countless accounts of having attachments for girl friends between puberty and 20 years of age. There was presumptive evidence that she had early sexual traumas. Her heterosexual life, which was active in her childhood when she wanted to play the role of a boy, was repressed when she was first sent to a girl's school. Her best girl friend's death at the age of 17, as the result of rape, was a trauma that repeated itself in her life nine years later when she herself was seduced, and was without doubt the cause of her sexual frigidity. We may divide her sexual life and its traumas into three phases:

1. Early traumas between 5 and 10 years of age; prepuberal.
2. Postpuberal traumas, death of girl friend through rape at 17.
3. Her own seduction at 26.

CASE 4

An Anxiety Neurosis

The family history is somewhat tainted, a sister three years younger having had a nervous breakdown three years before. The nature of this illness is unknown. The family was clannish in character, having few external relations. At home there was a father, mother, sister, and the patient is now 30 years old. There was an interwoven relationship between this family of four. The patient at 15 slept with his mother in order to keep her feet warm. He remembers an episode when he could not fall asleep, and he is quite sure that his mind at the time must have been dominated by sexual thoughts. At 17 he undressed himself freely in the presence of his family unit.

His sexual proclivities were awakened at an early age. At six his mother caught him masturbating and whipped him. This led to a repression of his sexual instincts for five years, but al 11 he again began to practice his autoerotic life by rubbing his legs. Later in his teens his parents, recognizing his unobtrusiveness and lack of aggression, advocated a sexual life as a therapeutic measure, and a cousin was appointed to take the young man to a brothel. Here he had his first sexual affair which precipitated impotence. He had an ejaculatio praecox without tumescence. This only increased his inferiority and he read voraciously all the sexual literature he could obtain. As his knowledge of quack literature, increased, his lack of aggression seemed to be more noticeable. When met by a woman of the streets he became sick and developed an actual fear of encountering women. Many years before a girl tried to seduce him but failed.

The onset in this case was sudden, but there was a history of previous attacks which seemed to occur in cyclic conformity every four years. These attacks occurred with increased psychomotor activity, a profuse sweating, and a fear of collapse. Since he was a dentist he feared meeting his patients. He sought help of clairvoyants and entertained many superstitions concerning red and green lights. If he came across a red light, it would signify that something was going to happen. If the light was green, it would mean that there would be a check in the mail. He was dominated by many daydreams, including one of relinquishing his profession and going West. This daydream was accentuated by a prophesy one of the clairvoyants made that he would develop gastric symptoms and go West.

Relationship to Homosexuality

There was a strong incestuous link to his sister which was secondary to an Oedipus complex and the cause of the enlarging of his homosexual component. When his sister was choosing a suitor he was invariably against him. When in a lavatory and in the presence of other men he could not urinate. He was in many triangles with male friends and their girls. One girl to whom the patient was attached was given up by a friend, and this episode caused the lessening of a great deal of anxiety on the part of the patient because this friend subsequently selected a girl unknown to the patient.

Relationship to Heterosexuality

In all his relationships with girls he could never make any sexual advances to them. He easily became attached to them, but after several meetings lost interest. Later he tried to meet some girl, believing that an attachment would act as a therapeutic agent in his social activities. Whenever he heard of a girl, the first thoughts that permeated his mind were whether she was single or married. The continual conflict of a flight into love transudated his consciousness. He met a girl but his mother's influence dislodged the thought of courtship. When women patients visited him he became suspicious and feared that they wanted to inveigle him into a sexual affair or marriage.

Course of Treatment:

The patient was subjected to a very short analysis in which only 22 sessions were consumed, at the end of which time the patient professed poverty and said that he could not continue treatment. The analyst recognized this as only resistance and rationalization; it was probably due to an active intervention on the part of the analyst. It was necessary to try to shorten the method as the problem was an acute one, which required the solution of the actual conflict, something that existed within the last few years, and the patient lived in another city. It is not at all necessary to bring the patient back to his anal and oral sadistic stages, or to change an anxiety state to a compulsion, and produce a compulsion neurosis, making frequent visits to the analyst as a daily routine for years.[10]

A short analysis disclosed the fundamental conflict as being incest, based on the following dreams and free associations:

Dream 1:

There are three holes. The patient covered them with an oil cloth. His father then filled them with some substance, but the patient substituted plastic wood. The associative remarks to this dream were that at school his physiology teacher told the class that masturbation was injurious and lessened life.

The three holes that the patient filled with plastic wood represented his attempt to repair the Oedipus situation. (Triangular relationship —father, mother-sister, and self). The father is also symbolic of

10—The author has tried to show that it is not necessary to conduct an analysis in an orthodox form in every case. In discussing this with a colleague, he told of a discourse he had had with a Freudian, who told him that he kept every case from 5 to 7 years. When the colleague asked the Freudian what he did if the patient became symptom free, the latter said, "Then there must have been something wrong with the analysis."

his morals, as well as the analyst, who repairs the three holes, and the patient reinforces the three holes with plastic wood.

Dream 2:

He and his sister are on a porch. He tells his sister to lie down. Dr. X sanctions it. In the way of associative thoughts, the patient told that until 10 or 11, he slept with his sister. On one occasion, he recalls being reprimanded by his mother for playing with his sister.

The incestuous manifestation is obvious. Dr. X represents the analyst. If the analyst would encourage incest, he would practice it.

Dream 3:

He is extracting a couple of his sister's teeth. He extracts one but in order to extract the other he had to enter the antrum. His associative remarks in this dream were as follows: When in the presence of a girl he becomes excited and has a peculiar feeling in the stomach (Parasthesia). If the girl is virtuous, there is no reaction. If there is any doubt about the girl's morals he develops the parasthetic feelings.

The question of his morals plays a great role in the mechanisms of his neurosis (see dream 1). There is a direct sequence between dreams 1 and 3. He cannot make a heterosexual adjustment due to his incestuous attachments. He is seeking a female who has been deprived of her sexuality (castration). The ideal partner would be an individual identified as his sister. The incestuous relationship to his sister is only secondary. The primary identification is with his mother, as is disclosed by the next dream.

Dream 4:

He is with a woman whom he thought could "be made". The woman tells him to go as far as he likes. On awakening he thought he had sex with this woman. In his associative remarks he said that the woman in question is one who has a daughter and son, and she hugged him in the dream as if she were his mother. We can also see this parallelism — there is son (the patient) and a daugther (his sister) in this family, and there is no doubt that the woman in the dream represents his mother.

The patient was evidently benefited from this very short analytic treatment, and certain factors in his conflict and his dreams were interpreted at the end of the 22nd session. However, he turned out to be an ungrateful patient because several months later he told a colleague of the writer that psychoanalysis was "bunk." However, 10 years have now passed, and he has had no recurrent symptoms, and there has been no cyclic repetition of his conflicts which had occurred previously in his life with such timely precision. The patient probably will meet with further conflicts when he attempts to make a heterosexual adjustment, and it is hoped that he will then have more regard for psychotherapy.

CASE 5

An Anxiety Neurosis in a Middle-Aged Woman

The following patient was analyzed in 25 sessions. She is a 54-year old housewife. It has been said that an analysis cannot be performed on a patient this late in life. In the opinion of the writer this is entirely erroneous. An analysis can be

performed on a patient of any age provided the patient is willing to undergo treatment and will cooperate. Very little can be done to change character formation, either at that age or any other age, but since psychoanalysis is only a method of psychotherapy there is no reason why it cannot be applied at any age. Psychotherapy, whether it involves medical moralization, suggestion, persuasion, hypnosis, or psychoanalysis is an art as well as a science which can be used at any age.

In psychoanalysis, as mentioned previously, we do not always have to go back to the root conflict, but can sometimes treat the present conflict or problem. We may either be able to dissolve it or enable the patient to make a compromise with the situation. It is not necessary to analyze cases for hundreds of hours to dig out root conflicts which have been submerged for decades if they are not irritating. A skilled surgeon in removing a superficial abdominal cyst will not try to remove abdominal adhesions if they cause no symptoms.

The conflict in this case was based on marital discord which existed for 35 years. No radical changes could be made, and the patient was advised to make a compromise with the situation. This may be criticized as a form of suggestion, but one really cannot exclude suggestion from even the most orthodox passive analysis. Even a wink or a nod of the analyst can be placed in the realm of suggestion.

As far as could be ascertained, her family history was negative for mental disorders. The patient was 54, of foreign birth, and the mother of four children. She had very little schooling. She married at 19 and described her marriage as cold and loveless. Her present trouble began 15 years before, and had become aggravated in the past two years before her initial visit. Her chief complaint was insomnia.

She was brought up under a very religious environment. Her early sex life could not be reached in so short an analysis. In her marital sexual life there was a great deal of discord between her husband and herself. She describes him as being very narcisstic. When they cohabited he took contraceptive precautions, and she was never sexually gratified. Her husband's libidinous desires were much less than hers. He was not affectionate and many times they did not talk to each other or cohabit for long periods. In one instance, after the birth of her first child there were no conjugal relations for an entire year. The patient had to repress her sexual urge and was very unhappy.

An Oedipus situation developed between her eldest son and herself. He confided everything to her. When he was engaged to a girl, nervous symptoms were precipitated in the patient. She could not sleep, concentrate on her household duties, and had suicidal thoughts. She quarelled continuously with her children, with the exception of her favorite son. Her long stages of sexual abstinence caused stages of irritability which seemed to be an outlet for her repressed sadism. She often could not sleep for three nights at a time, and her insomnia was accompanied by vertigo and polyuria.

We can see from the patient's dream life that although she is 54 she suffers from sexual frustrations.

Dream 1:

She dreams that she is pregnant. Her family is present and she feels ashamed and cries. To this dream fragment she associated the following: She has always kept her pregnancies secret until almost

to term. She is now many years past her menopause, but fears of pregnancy are still dominant in her unconscious. She probably would have had extra marital relations if it were not for the fear of impregnation.

Dream 2:

She dreams of a small blond boy who fell and was killed. She awakes in a state of anxiety. She associated a day incident where a small child was accidentally killed. The death of the child represents the death of her sexual urge. She cannot satisfy it now, even if she could make a compromise with her superego, so she awakes in a state of anxiety.

Dream 3:

She dreams of her analytic period and a woman suggests a different method of treatment. She leaves in disgust. She then felt better but noted that her symptoms returned. Her free associations to this dream were that she was treated by a woman physician about 25 years ago. Her present family physician told her that she cannot get new nerves.

She brought many dreams, showing evidences of negative transference.

Dream 4:

She and her husband are passengers on a ship. There is a storm and they appear to be sinking. She awakes in a state of fear and apprehension. The ship represents her life, and the storm is a warning of her marital discord and a possible rupture of her marriage.

Dream 5:

A man calls for her to take her to a nice room in a well furnished home. Her association to this dream fragment included thoughts about companionate marriage. Here she also confesses that during her sexual life with her husband they also resorted to sexual perversions. At one time during her husband's absence she had no sexual relations for four years.

Throughout most of her marriage life she often had daydreams that if her husband died, she would carefully choose another husband and would not remarry in haste. There is no doubt that she entertained strong death wishes towards her husband.

We can see from the five dream fragments the powerful role sexual repression played in her life. Her sexual urge was resuscitated, and her libido tried to achieve sexual gratification she could never attain.

The patient saw her marital conflict and was advised to make a compromise with her husband, which she did. Her symptoms were alleviated and although over 12 years have passed she never returned for further advice.

The writer tried to follow up the case several years ago for the purpose of his records and was advised by a member of the family that she was not under any type of therapy.

CASE 6

Depression Following a Suicidal Attempt

The patient's father is a physician of 65. He is high strung and has not practiced for many years. The mother is 67 and is normal. The patient has two married sisters who are normal and married. There is a paternal uncle who is insane, but the diagnosis is unknown.

Relationship to Mother:

She always feared the influence of her mother, who is an ex-teacher and very conservative. Her mother is very religious, and when her father was in financial difficulties, she would not desert him. Her mother wanted her daughter to be a teacher, and the patient has many disagreements with her. The patient was interested in the stage and in dancing, but ultimately the influence of her mother prevailed and she followed the vocation of teaching.

Personal History:

The patient is 31 years old and a native of this country, having been born in a rural community. At the age of 21, she received an AB degree, having won a scholarship. She soon secured a position as a teacher. At first she taught school in a hamlet but soon went to a larger city. She was always interested in active sports such as swimming, dancing and horseback riding. During her high school days she was considered a tomboy, but later when she went to college she was more effeminate.

Early Sexual Life:

When she was four years old she thought that children came in through windows and were sent by God. At about nine or ten she noted some boys urinating, and it was at this time that she became sexually conscious. At 11 she began menstruating. When at college she indulged in autocrotic practices and read literature that was harmful.

Relationship to Heterosexuality:

Her love life began at the age of 12, when she was in love with a boy of eight. At the age of 14 she had a crush on a high school drawing teacher. At 17 she met a boy who was in college and they frequently went out petting. During her second year at college she met a professor who was only three years her senior who wanted to marry her. Later another admirer wanted to marry her. They became engaged but after several months this was broken. She had several affairs and had sex on several occasions.

Her first real engagement was at the age of 23, 8 years before the beginning of the analysis. She had fallen in love with a teacher two years before this. He wanted to terminate the affair, and they agreed not to go out with each other for a month. After the month's separation, they met again and she began to show that she was deeply in love with him. He seemed not to reciprocate her affection and she became depressed and attempted suicide by gas asphyxiation.

She was very jealous of her last lover and thought he was paying attention to another teacher. Although he was engaged at the same time to another girl she was not jealous of this relationship. She never admitted her sexual life to this man. They were very close, but no sexual intercourse occurred, although they slept together on several occasions.

Course of Treatment:

The patient was subjected to psychoanalytic treatment that lasted 35 sessions. She came daily for the first two weeks, and for the remainder of the time she came weekends. She was able to continue her teaching activities, probably because active intervention was resorted to, together with an analysis of her dream material.

The patient was very prolific in her

dream material which has been omitted. The dreams all seemed to be centered around herself, her lover, and the other girl he was interested in. This triangular relationship appeared in the majority of dreams, and it was colored by the people she had contact with in school and by her school life itself. The writer has observed that this triangle exists in many cases of marital discord and love difficulties.

She admitted her jealousy of the other girl. There is no doubt that there was a latent homosexuality in the case, but due to the shortness of the analysis the origin or root of the difficulty could not be ascertained. She was able to cope with her problems in life after this short analysis, and she sent the following letter after an inquiry four years later, over four years ago. Her letter reads:

> My dear Dr. London:
>
> "I have indeed been remiss in not communicating with you during the past two or three years. My negligence is in no way a barometer of my appreciation of your services in pulling me out of an unfortunate mental muddle and reorienting me in the direction of happiness and usefulness again. Indeed you did just that.
>
> I have had several years of very successful teaching here and have taken on more and more responsibility in extra curricular activities in school and in the community. I have been leading a very active and constructive life, I think.
>
> Now I am engaged to marry a very fine man —a business man here. We expect to be married in July of this year. If there are no business slumps which affect his work, I shall give up teaching and make a home, and I hope it will be a comfortable and happy one for both of us.
>
> If, for your professional records, or any other purpose, you wish more detailed information, I shall be glad to furnish it to you. At any rate, I hope we meet one day, and then I can thank you in person."

CASE 7

An Hysterical Neurosis

In Volume I, page 53,[11] the author has given a brief abstract of an introduction to the hysterical and anxiety neuroses. In this abstract he tried to show that even the types of ailments have changed and that hysteria which was so prevalent three decades ago now seem to have been supplanted by the compulsion and obsessional neuroses.

In this case of an hysterial neurosis, the patient had hysterical manifestations which almost simulated epileptoid seizures. The patient would throw herself on the ground and kick her arms and legs. In the author's many years of hospital psychiatry he has observed that veterans who have been placed in epileptic wards often have hysterical seizures which seem to imitate the regular epileptic seizure. But here, as also in private practice, such cases seem to be rare, and since this case is so atypical in its hytserical manifestations, it is herewith reported.

Family History:

Father is 41 years old, neurotic, and easily upset. A paternal aunt is said to be psychotic. Her mother is 39, also in-

11—*London, Louis S.*: "Mental Therapy" (2 Vols.), Covici-Friede, New York, N. Y. 1937.

clined to neurotic complaints. The patient has one brother, 13 years of age.

Personal History:

The patient is 18 years old, a white female, and was born in the United States. She attended school, seemed to be very bright, and graduated from high school at the age of 14½. She then attended business college for a short time.

Relationship to Parents:

As a child she was often beaten by both parents. Her father spanked her buttocks and this left the imprint of hatred and contempt for him. She was told by a girl cousin that the patient was conceived before marriage, and she always considered herself an unwanted child.

Her mother tried to be very affectionate to the patient and would embrace her and call her "Pussy." This word annoyed the patient who knew it to be a slang sexual word. The patient condemned herself very often for her lack of ardour. She could not tolerate the demonstration of affection between her parents, and when she heard them in their sexual embraces the sound disturbed her very much.

Sexual History:

At the age of three, she used the word f - -k. The presumptive evidence is that she heard it at home between her parents as she often heard sexual quarrels between them. This often gave the patient the idea that her mother was hurt. Even at the age of four, the patient was already using slang words such as f - -king and son of a bitch. This she also heard at home, and thus her sexual life was provoked at an early age. Before her tenth year in life, she already knew of the use of the condom, pessaries, and venereal prophylaxis, but this latter information she obtained from her girl school friends. Her parents seemed to use no discretion and she often heard their love making at night. She would hear the bed shaking and her mother crying "Stop it."

Her autoerotic life was also precipitated at a very early age, and when she wet her panties she was beaten. To conceal wetting her panties she often stuffed tissue paper between her legs. This gave her a very pleasant sensation and early in life led to her habit of masturbating. Later instead of using tissue paper, she used blankets and at times this was almost a fetish. Her masturbation gave her a sense of guilt. She continued to read sensuous books and read and reread them.

At 14 she had compulsions to look at the apertures in men's trousers and often had occasion to observe obscene pictures that her girl friends showed her. On several occasions in her teens she saw men expose themselves, and she remembered suggestive puns.

She began to indulge in sexual relations about four months before her neurosis developed. Her sexual experiences were always followed by nervous manifestations. When in the presence of women, she always felt ashamed to look at their nude bodies, even that of her mother, and whenever she heard stories of sexual perversions she became very disturbed.

Her mother did not permit her to play with boys and whenever she found her talking to one she reprimanded her. She also prevented her from going to movies. These restrictions occurred until her fifteenth year.

Since then she has had about six boy friends and now considers herself affianced to one. Her intimacies with him increased

her conflicts, and she often thought she could solve her problems by giving him up. Her lover seems to be very servile. She makes him wash her stockings and do menial errands. She is very sadistic and even during love making she scratches and bites him.

Symptomology:

We can thus see that the patient has been neurotic since childhood and even at that time could not endure sounds, noises, and even loud voices. At school she could not endure the creaking or rolling of doors. When 11 years old she had a fainting attack, but the details could not be ascertained; it was probably hysterical in nature. She developed a dark phobia very early in life when sleeping in her crib as a baby. For many years she was very unhappy at home and thought of running away.

During the year previous to analysis she sought aid of various neurological clinics. It began after she had a fainting attack in a subway (hysterical), although she lost consciousness. About this time she also became self conscious, was depressed, worried over trifles, halitosis, hyperadrosis, and had ereuthrophobia. She also had parasthesia, precordial pain, and bladder disturbances. She was very anxious, could not stand the rumble of trains or cars, and was subject to anxiety dreams. She had fears that her dresses were unclean and that she was generally unpopular. She also could not get secretarial work and had to accept a position as a worker in a factory.

Sexual thoughts permeated her mind, and whenever she saw a man touching his genitals she had a compulsion to "look." At times, she felt dazed and confused. Several weeks before her initial interview when walking with her boy friend she could not endure the noise, and she began to scream, ran home and tore her dress. She often felt these attacks coming on and tried to look for a quiet spot where she could throw herself down and then jerk her hands and feet. She was continually seeking places where there was no noise. Anything that was in constant motion made her nervous. If she heard a chain swinging or the wind rustling she became disturbed. (The motion symbolizes sexual motion). At her employment, other girls talked of sexual matters, and this seemed to annoy her. A few days before beginning her treatment, she had an acute nervous attack. She became very hysterical in a restaurant, ran home, threw herself on the floor and jerked her hands and feet. These attacks seemed to have been repeating themselves in greater frequency for six months. When riding in an automobile she became restless and nervous. Her hands would shake and she had to keep on turning them over and over again. They were almost choreic in nature.

Whenever she discussed the sexual life of her parents she became very emotional. She criticized her parents very severely and often wanted to tell her mother to get a new bedspring. For years she had listened attentively when her parents retired and on many occasions had actually observed her father moving on the bed. On one occasion very recently when her fiance visited her, they both heard her parents having sexual relations. The patient then became hysterical and threw herself on the floor.

She had a latent prostitution complex. When in the company of girls of questionable character she feared their influence. She always was jealous of their clothes and revealed during the course of treatment thoughts of prostituting herself.

Course of Treatment:

The patient was subjected to a fractional analysis which lasted approximately 60 sessions. A good transference was soon established after about two weeks. At the outset, she was very emotional and had many crying spells. She complained of feeling confused, and it was about four weeks before she could recall dream material. She appeared so sensitive to noise that when on the couch, if she heard the elevator running, she could not operate her free associational machinery.

She complained of nightmares during childhood and often dreamed being chased by gorillas. At that time she believed in witchcraft and was very superstitious. She remembered instances when she was four or five years old of lying in her crib and seeing witches. At that time she was frightened by a 15-year old girl who told her of the "Black Hand Society" and that the world was coming to an end. About a year before she began treatment she remembered frequently having dreams of falling (falling in her morals) and recalled of having dreamed at 12 of being chased. (Even at that time she was dominated by sexual thoughts). At 10, she often dreamed of urinating, and when she awoke felt wet (more evidence of early, precocious sexual development). At that time she had been examined by her family physician and it was thought that she had a functional murmur of her heart. Her first dream was as follows:

Dream 1:

She is walking through a department store. Everything seemed to be on sale. She saw a smock. She wanted to buy it. It was too dark, and another was too light. Her associative thoughts to this dream were that she always reads advertisements in newspapers. When purchasing anything she likes to admire herself in the glass. She was envious of other girls possessing nice things and had indecision in making a purchase. It took her days to come to a decision.

The smock represents a covering of her inner life. She cannot decide which to choose to conceal her sexualty. Following the first dream, she brought other dreams which seemed to relate to romanticism, somebody taking her to Europe, possessing smart clothes, going horseback riding, and all these dreams seemed to conceal her hidden prostitution complex.

Dream 2:

She dreams she drinks a bottle of Pepsi Cola and awakes (anxiety). She describes the bottle as having a long neck (phallic symbol —oral eroticism.— It indicates thoughts of fellatio).

Dream 3:

Her brother is grown up. In the dream he has a big nose and is ugly, and she is dissatisfied. (In reality, he is good looking). The features of her brother in the dream resemble her boy friend who has a prominent nose and is very ugly. Sometime later she brought another dream which also had an incestuous coloring.

Dream 4:

A prostitute comes into her home and wants to have something to do with her brother and she succeeded in getting the prostitute out of her house. In her associative thoughts to this dream, she expressed knowledge of brothels and talked of the ability of prostitutes to prevent con-

ception and evade infection through prophylactic measures. She also discussed the sexual life of her brother, wondering whether he already had erections.

From her above dreams and from her associative remarks, we can see that there is an incestuous link to her brother. If she was a prostitute in a brothel, she could sometimes meet her brother who may be a visitor.

During the fortieth session, she related this dream fragment:

Dream 5:

Her eyebrows became thin and she looks at them (transposition from below). Further elucidation discloses the fact that at times she shaves her pubic hair, and since the age of 12 occasionally trims it because she feels it interferes with the lines of her dress.

She always feared the dark as she imagined there was a shadow of a man. She had many daydreams of men and women chasing her. Once, as she stated before, she fantasied a gorilla chasing her. These day fantasies suggest that she is chased by her own morals.

As early as 12 she had sexual fantasies. She would fantasy being married, having a home, and a husband who was kind to her. She often rationalized that she would not give herself to her husband. These fantasies continued for three years. At the present time she has similar fantasies towards her lover that she will not give herself to him, although she admits that she encouraged him during the first sexual act. He had often asked her and pled with her, but she refused. Finally, on one occasion, she asked him to become sexually aggressive.

She often fantasied being dominated by a man (masochism). She had fantasied her father and mother having sexual intercourse, and her father turning his phallus from side to side. She admitted reading obscene literature and was acquainted with various positions practiced in sexual intercourse.

Mechanisms in Complex:

Her fear of noise and sounds was centered around the original noise she heard during the act of coitus between her parents. Her dark phobia was due to the fact that she wanted to sleep in the light so that she could watch and be an eye witness to the sexual act between her parents.

There is presumptive evidence that the patient saw many of the acts in sexual intercourse between her parents that were not revealed during the analysis. Since they were so indiscreet when she was in her teens, they probably were just as lax, if not more so, during her early childhood life. The patient had a memory during her childhood when she saw her father and mother cohabit. At that time, she wanted to go to the bathroom, and fearing that they would see her, she wet the bed. The underlying reason may have been not to miss seeing the act.

The patient's analysis was discontinued for the summer after about 60 sessions, as stated before. She was told to report in the fall. She returned in the fall and reported that she was symptom free.

In view of her financial status and that

she could not afford further treatment, her analysis was discontinued.[12]

CASE 8
Anxiety Hysteria in Masturbation
(Female)

This is the case of a 27 year old single girl who on 3 different occasions made 30 visits in seven years. The first fractional analysis lasted 20 sessions. Two years later she made 9 visits and two years ago made one visit after her marriage. During her last visit she wanted to resume analytic therapy, and wanted to come here from another State. She was dissuaded from doing this, as there was a danger in the rupture of her domestic relations. Two years have passed and her brother advised me recently she was very happy and apparently making a heterosexual adjustment which was the problem of her case.

Most of the psychosexual pathology was obtained during the first period, and although the analysis was passive, she related many early sexual traumas. Relating these sexual traumas to anyone but a psychiatrist usually causes severe mental reactions.[13]

The sexual life of this patient was provoked at an early period of her life. At the age of five a boy practiced cunnilingus on her. About a year later a brother ten years older made her perform fellatio on him, and he committed cunnilingus on her. She practiced bestiality with a dog at ten, and at puberty began an active autoerotic life which she continued during her life.

Her first masturbatory experiences were performed when sitting on a ball and using a to and fro movement. At 17, she adopted a fetish (pillow) which she places between her legs, and she has used this sexual symbol since. At times when she is at her office she resorts to manual manipulations. Recently her sexual urge became so strong that she rubbed her genitals against her desk. At times she felt that she had to have something hot and wet, so she used the pillow and hot water. Sometimes she uses a wash cloth.

Her sexual thoughts have dominated her

12—*London Louis S.*: "Mental Therapy" (2 Vols.) Covici Friede N. Y. 1937. A reviewer of "Mental Therapy" cirticized active intervention as a method of psychoanalytic therapy and thought that a lengthy analysis was more desirable. He felt that this kind of analysis is merely a superimposed, intellectual interpretation, as the complete working through of the neurotic conflicts requires a longer time. He, however, admitted that short analysis may relieve neurotic symptoms, but it did not eliminate the unconscious roots of the neurosis. He also admitted that dreams could not be analyzed according to a stereotyped form of symbolism and that free associations of the patient must be connected to the manifest dream content before the cryptic meaning of the dream could be solved. The author did not deem it necessary to continue an analysis on a patient who had been symptom-free for many months and whose root conflicts had probably been eliminated. The patient was only 18 years old and did not require further analytic therapy. Her predominant symptoms were those of noise, and these rapidly disappeared when she began to see that the noises were symbolic of the intimate relationship between her father and mother.

Six years have passed since this patient has been discharged, and there is presumptive evidence that she is probably getting along fairly well and not in need of further analitic therapy. This was disclosed by the physician who recommended her for treatment.

13—The writer saw a case about 15 years ago when a man confessed incestuous experiences of his childhood to a general practitioner. The doctor said he never heard of such an incident before. This precipitated a severe anxiety in the patient who had to have temporary hospitalization.

mind so much, that she has thought of lesbianism, and tells how once a lesbian asked her for a kiss.

She had numerous love affairs and heterosexual experiences but seemed to be unable to adjust to normal relations. As a rule she chose older men but her ideal-ogical love partner in her masturbation fantasies was a tall broad shouldered man. She had many sadomasochistic conflicts which had a childish origin. At the age of 8 when assisting in caring for a child she would spank it, make it cry and then hug and kiss it.

Besides her sadomasochism she resorted to kleptomaniac acts, and would steal cookies in bakeshops (symbolic of sex). She had castration ideas (cutting off her hand) which portrayed masturbation guilt. She gave a history of somnambulism, and was very rich in daydreaming. She observed men in the street and wished for their embraces. Her thoughts were continual of sexual relations, being pursued by brutal men, and even negroes. Coming from Georgia a great many colored men appeared in her day connections and these seeped into her conscience from her unconscious cravings.

She expressed a long train of symptons centered around a marked inferiority. She was short in stature and felt she was unatractive. Her inferiority was influenced in degree by the appearance of the place or person, that is if the place was swanky her inferiority was increased, or if the person was of a higher strata in life she feared to meet him.

She was very dramatic in her free associations and although in good transference was hesitant in her speech. The following is an example of her spontaneity: "I can't tell you the way I feel about men but I must. I feel better afterwards because I always think of a man as a man I think the man's organ is another being, not as my hand is part of me." Compulsory thoughts of phallii would come to her mind.

The patient returned about 18 months later for nine more visits. During this time she told the following:

She was still dominated by her sexual thoughts. On her way north she had the impulse to go into a man's berth. Lately she developed the compulsion to parade in front of hotels, especially frequented by men. Her autoerotic life was still her main conflict. She resorted to masturbation almost every night using the pillow (fetish). In her masturbation fantasies she resorted to sexual perversions. Soixante-neuf (69) was a favorite fantasy. This she disclosed in a histerical fashion: "Instead of imaging I am having intercourse with somebody, its about the mouth and the organs. The man's head is here, and his feet here (points with her hand) I can't say it-its awful, instead of having intercourse the usual way, he is in my mouth, don't make me say it."[14]

In the same session the patient admitted another recent trauma. She resorted to coitus with her own brother. She traveled with her brother, and one night she beca-

14—The writer was entirely passive and made no comment. He remembers about twenty years ago seeing a young lady who had a functional paralysis of her hand. This patient told the writer she was subjected to a third degree method of eliciting information from her in an outpatient clinic. The chief of the clinic took her into a room and stood behind her back and said: "confess! confess!" Although it was before I made my European trips to study psychoanalytic technique, I knew that such methods were contraindicated. Had this chief of the clinic been acquainted with psychoanalytic literature he would not have resorted to such a crude and dangerous technique.

me nervous and asked to sleep with him, otherwise she threatened to jump out of the window. She admitted prostitution impulses, thought of taking men to her room and lying in the nude with them. when near men, she wants to attract them walks and wiggles her buttocks (exhibitionism). She recently had some experiences with a man, with whom she was willing to live in common law relations, and wanted to give him liberties of consorting with other women. On numerous occasions she slept with men, but had no sexual relations.

On one of her visits she revealed her suppressed sadomasochism. She fantasied lying down and a man, binding her hands and legs, and bandaging her eyes. She said: "I cant tell you— say it!, say it! dont say it! I am going to take off your trousers, all your clothes, then throw me down, I don't like to say intercourse, organ, I am going to cut you up into small pieces" (The analyst here symbolizes a man).

Cannabalistic thoughts also were revealed: She said: "I would cut him up into one half inch squares and pile them up as white fish or potatoes. When I am in A— I think I will kill a man, then take off his clothes and get a big knife and cut his organ off."

She then identified the man's hand with his sexual organs she said: "When I see a man's hand is large, oh! I hate the word, may be his organ is big."

She told that when she was a little girl she always watched the crotch of man's trousers, even now, she cannot stop looking.

Then continues: "say it! say it!, don't say it!", and tells of committing fellatio on a man recently, and fears she will become insane when she is 45 years old.

The patient left and returned shortly after her marriage considering more analytic therapy. She was advised to remain with her husband.

About two years have passed and her brother has informed the writer that she is apparently happy and contented.

CASE 9

Anxiety Hysteria in Masturbation

(Male)

The patient is a 27 year old pharmacist who complains of creepy feelings in his head, tremblings, and worries over his past life.

He talks freely of politics, economics and science. At times he rambled almost to a state of incoherence.

His problem is mainly his compulsion to masturbate, and the difficulties he encounters with his mother who dominates his mind. He has a younger brother but apparently the patient is his mother's favorite son and shows evidence of an oedipus complex which he apparently recognizes. He tells of reading works on psychoanalysis; Jung and Hinkle, and says he knows all about the Electra complex.

His mother watches carefully over his welfare, and even accompanies him to the barbershop and advises him how to have his hair cut. He discusses how his brother broke away from his mother, but he finds himself hopelessly bound to her.

He made 13 visits during his first course of treatment and though he cooperated, his entire content of mind seemed to be concerning his autoerotic life.

He gave a history of attending a nerve clinic for several years but apparently made no progress. He talked vaguely of having developed an imagination seven years before and believes it came from an

excessive blood supply of his cranium (using his own words).

He occasionally meets girls, and classifies them into three categories: young, old, and the marrying kind.

His masturbation caused him anxiety and he ceased the practice several years ago and now occasionally consorts with a prostitute. He evidently was influenced by quack literature because he talks of hearing of a case of masturbation that led to insanity.[15]

It was following this that he ceased his masturbation and this naturally induced nightly emissions. This increased his anxiety and led to his clinic visits.

During his eight visit, he was excited complaining he had two nocturnal emissions during the same night. It was during this visit that he told of having a homosexual contact with his brother at the age of eight. He put his phallus between his brother's legs. It seemed that although he had ceased his masturbation directly, he inadvertently used a vicarious method of masturbation, by scratching his genitals. He thought he had pruritus of his phallus.

At the end of his 13th visit he ceased his treatment.

He returned 6 years later, and claimed that he was well until two weeks before when a series of events happened. His mother underwent an operation, a friend committed suicide, and when talking to a woman customer, he had a spontaneous ejaculation. He also complained of frequent urination, and three weeks before when consorting with a harlot he had a premature ejaculation.

There is no doubt that the precipitating cause of his return was his mother's operation whose death he feared. The other incidences being secondary.

During his second period he made 15 visits and the following information was obtained.

The problem of masturbation still was the dormant factor and although he had long ceased its practice, he still had fears concerning its aftermath. Recently he had read in a popular magazine that masturbation was harmless, and this information gave him a great deal of solace.

He spent a great deal of time discussing political economy, but at times interjected his fears concerning masturbation. He scanned the literature carefully for articles on masturbation. Recently he consulted his family physician about his prostate, and after an examination was assured that it was normal. The prostatic examination was evidently a method of satisfying his autoerotic practice.[16]

During one of his subsequent visits he recalled an experience he had with a girl cousin when 13 years old. In thinking about this experience it lead to a spontaneous ejaculation. This precipitated a new anxiety and he began to figure out how many times he actually masturbated in his life. He believed that in 14 years he masturbated 14 times.

The thought of his previous masturbation continued to dominate this series of visits. At one time he feared having multiple sclerosis. It now appeared certain that in his experience with prostitutes he was entirely inadequate and suffered from ejaculatio praecox.

During the concluding visits two thoughts continued to dominate his mind, 1. His previous acts of masturbation. 2. His

15—This view is not only a common belief among the laity, and the writer has talked to several physicians who had similar beliefs.

16—*London, Louis S.*: Analysis of a Homosexual Neurosis. The Urologic and Cutaneous Rev. Vol. 37, No. 2, 1933 pp. 4.

sexual play with his cousin. He continued to make visits until his mother recovered and this event seemed to quiet his mind. He asked to cease his visits.

One year later this patient made 3 additional visits. These visits followed the suicide of a noted writer, and showed the paranoid personality of this patient. He had identified himself with this famous man. He added nothing new in these visits except that his aunt had introduced him to a girl. (The aunt was symbolic of his mother).

Four years have now passed since his last visit. About a year ago he telephoned concerning his draft status and said that he was now married and the owner of a drug store.

1150 Connecticut Ave. N. W.

CANCER OF THE LARYNX*

J. H. FONT, M. D.
Santurce, P. R.

It is well, in my opinion, to begin this conference by reciting one of the fundamental aphorisms of the Jackson Clinic:

"Persistent or intermittent hoarseness in an adult means cancer until it is proven otherwise by proper diagnostic methods."

Hoarseness that persists more than two weeks should be thoroughly investigated. Frequently it is caused by intra-laryngeal disease and therefore a careful examination of the larynx should be made in every case.

Hoarseness points directly to dysfunction of the glottis. It is produced by interference with the tension, vibration, or approximation of the vocal cords. Any lesion of the vocal cords which prevents proper approximation, vibration or tension produces voice changes. Chronic nonspecific inflammatory lesions of the larynx as well as neoplasms, benign or malignant, occur most frequently on the true cords.

Only a small percentage of patients presenting hoarseness have cancer, but the physician has no right to let the patient lose the chance for cure by mistaken or delayed diagnosis. Cancer of the larynx begins on the anterior half of the vocal cord in practically 80 per cent of all cases. Because cancer of the larynx is curable in about 80 per cent of the cases if the diagnosis is made early, it is essential to know the means by which the disease can be recognized.

If we remember that cancer, syphilis and tuberculosis may involve the larynx individually, or any two or three at the same time, we shall realize the necessity of properly studying the case. A carefully taken history and a complete physical examination that should include the pertinent laboratory investigations and X-ray examinations must be a routine procedure. However, no opinion can be given in a case of hoarseness until the larynx has been examined.

Most important of the various diagnostic aids employed in laryngeal disease is mirror examination or indirect laryngoscopy. It should be a routine procedure in the examination of the upper air passages. In those instances in which the larynx is imperfectly visualized but some condition is revealed which calls for biopsy or the removal of a small growth, it becomes imperative to employ direct laryngoscopy.

Direct laryngoscopic biopsy is an accurate method of examination. Without microscopic confirmation the clinical recognition of a malignant tumor is never more than a conjecture, and this is especially true when the growth is encountered in the early stages of its development, a time at which treatment would be most effective.

No more urgent indication exists for direct laryngoscopy than the presence of a chronic hoarseness with slight roughening or thickening of the cord. Papillary inflammatory swellings or hyperplastic growths on the vocal cords become the sources of chronic irritation and have been definitely shown to precede the development of cancer in many patients.

* Read before the faculty and staff of the School of Tropical Medicine on April 23, 1942.

All benign tumors of the larynx should be removed, not only because they interfere with phonation and obstruct the larynx, but because of the possibility that a few of them may become malignant. Small growths in the larynx which clinically appeared to be the most innocent of benign tumors on histologic section have been shown to be highly malignant neoplasms.

Consequently, accurate diagnosis is based not upon laryngoscopic inspection of the tumor but upon its histologic appearance. In the diagnosis and management of all laryngeal growths a biopsy can do no harm and is invaluable. Direct laryngoscopy affords also a means of definitely determining the gross extent of the tumor. Certainly the earlier resort to direct laryngoscopic biopsy is now bearing fruit in bringing a larger and larger percentage of patients with cancer of the larynx to operation in time for surgical cure.

In my first 100 laryngoscopic biopsies I was able to pick up 30 patients with malignant disease of the larynx. Two out of the total number were suffering from hoarseness, local discomfort in the larynx and early vocal fatigue due to a growth on the cord that was removed endoscopically in both instances and on histologic section found to be hemangio-endotheliomas. Both patients are alive without recurrence after two and a half and six years. Functional results have been satisfactory in both cases and there has been no impairment of the voice.

Of the 28 remaining cases, all suffering from epidermoid carcinomas, only five lesions were cordal strictly speaking; eight were advanced intralaryngeal growths, and fifteen laryngo-pharyngeal growths. Two patients with large supraglottic growths were treated by irradiation. Both are well at the time of this writing, which is more than five years after treatment.

In 1933 I reported to the Medical Association of Puerto Rico the first laryngofissure for cancer of the larynx ever performed in this island. This patient is now 78 years of age and is well.

In 1936 I had an interesting experience with a typical cordal case. I wish to report this case in detail because it illustrates the importance of the microscopic examination in the diagnosis of all laryngeal tumors. Moreover this tumor was seen at a stage in which, by proper treatment, one could expect with a high degree of assurance to effect a permanent cure.

Report of a Case

G. S. M., a laborer, 52 years of age, was hoarse for over five months. Laryngeal examination showed a small, warty growth over the anterior third of the left vocal cord. Direct laryngoscopic examination confirmed the findings of a localized hyperplasia of the anterior third of the left vocal cord and a biopsy was performed for histological study. Positive histologic confirmation of malignancy was not obtained and further biopsy was found necessary. On three more trials the histologic findings were of chronic inflammation and a diagnosis of chronic laryngitis was about to be established when on histologic section of the fifth specimen Dr. Koppisch reported the growth of a squamous cell epithelioma. Direct laryngoscopy at this time revealed an extension of the process by infiltration of the anterior commissure. Two days later, on the 24th of April, 1936, six years ago I did a laryngofissure according to the Jackson technique. On opening the larynx a large tumor mass of the left vocal cord was found. There was definite invasion of the right vocal cord. Dr. Koppisch reports on the specimen as follows: "A malignant cell tumor forming solid alveoli and infiltrating strands of cell elements of the squamous type, often forming keratinizing

epithelial cells and presenting marked morphologic alterations of their nuclei.''

The patient was discharged as cured on May 19, 1936. Was readmitted a week after for removal of excessive granulations, these were reported by the pathologist as granulation tissue.
He is here with us tonight and I want him to say a few words to you so that you may get acquainted with his voice.

If anything in our limited experience has approached the ideal, because of the early diagnosis and prompt institution of therapy, it has been clearly demonstrated by two recent cases of typical cordal growths.

Report of Cases

P. F. M., a clerk, 54 years of age, was referred because of hoarseness over nine weeks. On mirror examination I found an impaired left vocal cord. Direct laryngoscopy revealed a warty growth underneath the anterior two third of the cord. A biopsy was obtained and Dr. Koppisch promptly reported the growth as a squamous cell carcinoma of the larynx. A laryngofissure and removal en masse of the tumor was done with no delay and Dr. Koppisch again reports as follows: ''A fragment of larynx is received measuring 1.5 x 1.3 x 0.7 cm. It presents on one aspect an ulcer. The surrounding mucous membrane is partly wrinkled and brown, partly smooth and white. Trausections beneath the ulcer reveal tumor growth extending for a depth of scarce 0.1 cm. with underlying soft gray and deeper fleshy tissues. Microscopically heavily keratinizing epidermoid type infiltration can be seen. Nuclei are atypical.''

The wound healed with no infection and the patient was back on his job one month after he came to us. Six months later he reported for inspection. I did a direct laryngoscopy for the removal of a granuloma and this too was examined histologically by Dr. Koppisch who reports granulation tissue. Because this patient does not live in Puerto Rico and cannot easily afford to report for frequent check-ups I requested Dr. Landrón to administer ten doses with a total of 900 roentgens to the left and 850 to the right side of the neck. The patient had no reaction whatsoever from the irradiation and left the hospital with the larynx completely healed inside and a satisfactory voice. I re-examined his larynx a couple of weeks ago and found that he has developed a good adventitious vocal cord to replace the exsected cord. His general condition is fine and he told me that he has done better work than ever, by more thought and fewer words.

There is no physical handicap such as follows total laryngectomy, where all nine functions of the larynx are destroyed.

* * *

D. G. M., housewife, 67 years of age, came in complaining of hoarseness of seven months duration. The patient maintained her usual health and sense of well-being. The findings on physical examination were essentially negative. Mirror examination showed a mass that had the superficial appearance of a papilloma in the anterior third of the left vocal cord. The laryngeal motility was normal. A specimen removed by direct laryngoscopy was reported by Dr. Koppisch as epithelioma. The patient was admitted to the Presbyterian Hospital where under local anaesthesia I performed a laryngofissure according to the St. Clair thomson technique. Subperichondrial dissection was made of the left wing of the thyroid. A wide margin of normal tissue was removed with the infiltrated area. The incision in the neck was closed with no drainage. The stitches were removed on the sixth day. The patient left the hospital on the tenth day. Dr. Koppisch reported the specimen as measuring 2.9 x 1.7 x 1.5 cm. and a highly atypical cell tumor She has been good enough to be here with us tonight. She is having close follow-ups. She has had no incouvenience or discomfort and has already developed a good voice.

The treatment of cancer of the larynx is

surgical removal of the cancer. The excision must include the entire lesion and sufficient of the surrounding tissue to be certain that the dissection goes well beyond the extension of the growth.

Some of our patients did not seek medical advice until the growth was beyond the well known limits that would make it amenable to the larynx splitting operation.

When the malignant process in the larynx is too extensive to permit removal by laryngofissure, laryngectomy alone offers a reasonable chance of controlling the disease and will result in cure in a high percentage of cases, provided the tumor remains intrinsic and has not invaded the regional lymph nodes. As a result of the procedure the patient is deprived of his natural voice and it is necessary for him to carry on respiration through the opening made by tracheotomy during the remainder of his life. However, a number of individuals develop a satisfactory pharyngeal voice; others get along very well by using a simple mechanical voice box. With few exceptions they enjoy good general health and do not appear to be more susceptible than previously to infections of the respiratory tract. Most of them return to their original occupations.

Report of a Case

I. V. D., housewife, age 52, pale and undernourished, weighing 71 pounds and very much in distress because of dyspnea and dysphonia was admitted to the Presbyterian Hospital on April 23, 1940, exactly two years ago today, for some sort of therapy that would give her relief. I resisted the temptation of tracheotomizing her and for one week we kept her under the most strict vigilance and critical physical examination. Her voice had been reduced to a whisper for four months previous to her admission and evidently there was much laryngeal obstruction. Tuberculosis and syphilis had been definitely ruled out and general physical examination had failed to reveal any disease except her laryngeal condition. Mirror examination revealed a tumor mass underneath the vocal cords. Direct laryngoscopy disclosed extensive invasion of the subglottic area by a gray, granulating mass. The pathologic diagnosis of the biopsy specimen was sqnamous cell epithelioma of the larynx. In spite of the large subglottic area involved by the tumor and the evident rapidity of its growth as shown by the lack of differentiation of its cells, I decided to operate. As a considerable portion of the larynx was involved by the tumor, laryngectomy became essential. I chose the more conservative type of laryngectomy as developed by Crowe and Tucker. The procedure consists in enucleating the larynx and epiglottis from its perichondrial bed. When using subperichondrial resection of the larynx we are taking for granted that there is no involvement of the perichondrium and cartilage. If such were the case, irradiation would be preferable to laryngectomy. As a result of the procedure the patient has been deprived of her natural voice and it is necessary for her to carry on respiration through the opening made by tracheotomy during the remainder of her life. However, she gets along very well by using a simple mechanical voice box. She enjoys better health now and do not appear to be more susceptible than previously to infections of the respiratory tract. Although most laryngeal carcinomas are highly malignant, laryngectomy will result in cure in a high percentage of cases provided the tumor has not invaded the regional lymph nodes. In this case lymphatic involvement developed last June. She was referred to Dr. González Martínez for irradiation that brought about prompt disappearance of the adenopathies. Last week I sent her back for more irradiation because of a mass of glands along the left sterno-cleido mastoid. It is better to depend on irradiation to deal with metastatic glands, present or prospective.

With the exception of two cases with large supraglottic growths alrealy men-

tioned in this report and one case with a discrete lesion in the right aryepiglottic fold, showing no recurrence in six, four and one year, the rest of the cases have come too late for any hope of cure; irradiation, tracheotomy, injection of the nerves, opiates, etc. have been used as palliative measures.

While the voice should be conserved whenever possible, eradication of the disease is of the greatest importance. Radiologists and laryngologists generally agree that carcinoma which is limited to the interior of the larynx should be dealt with surgically, and the surgical treatment should be supplemented with irradiation, if deemed advisable.

In 1939 Coutard reached the following conclusions: "Clinically and histologically there are two main varieties of laryngeal cancer —cancer composed of undifferentiated cells having a great tendency to early and widespread dissemination in the loose vascular connective tissue, and cancer composed of differentiated cells having a special affinity for the muscles and an immobilization of muscle without any tendency to dissemination." Coutard further stated that cancer composed of undifferentiated cells are in the domain of surgical treatment and accordingly are not curable by the use of irradiation because of intimate connection between muscle cells and carcinoma cells. The squamous cell, pearl-forming variety is very resistant to irradiation and whenever the growth is still localized and can be removed safely, operation should not be postponed.

In the selection of the treatment for the particular case, Coutard states "in no other part of the body does one encounter the extreme histological varieties ranging from undifferentiated or slightly differentiated epitheliomas of the mucous membrane type to the differentiated and infiltrating cutaneous type with epithelial cells. In no other part of the body does one find gathered together in so small space, so great a variety of anatomopathological forms varying from small papillary lesions of the mucous membrane and sub-mucosa to lesions which infiltrate the underlying muscle and finally those which destroy the neighboring cartilages and bone. This diversity in the anatomoclinical and histological forms of laryngeal cancer results in highly variable radiocurability."

That there are various degrees of malignancy in laryngeal cancers has been noted by clinicians for many years. In 1920 Broders graded malignant tumors into four types according to their cellular differentiation. The most malignant tumors are usually those that grow most rapidly and the rapidity of the growth does not permit complete maturity of the tumor cells. Histologically, maturity is evidenced by differentiation. Maturity or differentiation in a stratified squamous epithelial growth is evidenced among other histological characteristics by the formation of keratin and epithelial pearls and rare mitosis. Opposed to this picture, lack of differentiation in a tumor arising in stratified squamous epithelium is evidenced by irregular piling up of cells, showing no cohesion one to the other, lying loosely, and by numerous mitotic figures. Grading according to cellular type has been a controversial subject for years but now is generally accepted as a most valuable guide to possible metastatic extension and the suitability of the individual case for irradiation treatment. In early intrinsic cases where the tumor at operation is shown to be a grade 3 or 4 by the Broder's classification, the employment of postoperative irradiation as a prophylactic against recurrence should be considered.

Having determined that a growth is histologically a carcinoma, the location and extent of the lesions will decide the surgical treatment of cancer of the larynx irrespective of the histological structure. In purely intrinsic and well localized growths laryngofissure is the operation of choice. Laryngectomy would be indicated in advanced intrinsic lesions preferably if the grade of malignancy is one or two. If of the anaplastic group it might be better to consider irradiation alone. For primarily extrinsic growths or those with adenopathy or metastasis no matter what the local laryngeal condition, irradiation is the treatment of choice. Extensive carcinoma of the anaplastic group responds well to irradiation therapy. All cases unsuitable for surgery should have irradiation therapy, although in many cases it will prove to be only palliative.

Irradiation therapy was used in a group of cases thought not to be amenable to surgery by reason of extent of involvement, contraindications to surgery in the patient's general condition, or where recurrence had taken place following surgical treatment. Irradiation is actually being used in the treatment of a recurrence with excellent results.

Report of a Case

V. A., male, 56 years of age, was admitted to the Presbyterian Hospital on February 25, 1941. He was in distress because of laryngeal obstruction. His voice was reduced to a whisper. The history was that two years before he had continued hoarseness. When I saw him he had laryngeal obstruction caused by a tumor mass which occupied the entire half of the larynx and filled the glottic chink. Relief was promptly obtained by the endoscopical removal of the obstructive mass. The pathologic diagnosis of the biopsy specimen was squamous cell carcinoma. The histoolgical description of the growth reported by Dr. Koppisch is as follows: "There is a malignant tumor forming small alveoli and cords of polygonal cells of the squamous type. They have extended to the perichondrium of a small portion of cartilage that is included. There is a faint tendency to keratinization in a few areas." This patient was laryngectomized the day following his admission to the hospital. Dr. Krakower reports extensive tumor infiltration in several sections of the larynx and confirms the previous findings of a rapidly growing epidermoid carcinoma. This patient had no adenopathies. There was however infiltration by the tumor of the interior portion of the epiglottis. The patient was discharged from the hospital three weeks after an eventful recovery. He continued to report for frequent check-ups and exactly one year after the operation, February 26, 1942, came to the Clinic complaining of intense otalgia and slight dysphagia. He developed a mass of considerable size in the pre-epiglottic spaces. The patient has had almost miraculous immediate results by irradiation.

Irradiation in addition to laryngectomy increases the possibility of cure. There must be no irradiation previous to any operation. Without taking into account the changes in the tissues which always render the operation more difficult, irradiation reduces the tumor, thus increasing the chances of an insufficient removal of the growth at the time of operation.

Unfortunately the majority of our cases did not seek medical advice until the growth was beyond any hope of cure. No treatment other than palliative could be given. Many have been temporarily relieved by irradiation thanks to the good offices of the Cancer League.

Intrinsic cancer of the larynx, if unchecked, sooner or later calls for tracheotomy to prevent asphyxia. If palliative tracheotomy is not required before, it will frequently be required very soon after the treatment by irradiation is commenced.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

From the review of the cases that have come under my care for diagnosis or diagnosis and treatment, as well as from a study of the literature, the following conclusions may be drawn:

1. There is no internal region of the body where cancer gives such an early and decided warning of its occurrence as in the cavity of the larynx, where it remains so long localized. The cancer of the vocal cords will not keep silent, for its symptoms are eminently vocal and respiratory — that early, persistent and progressive hoarseness that offers us so much information and unfortunately is so lightly regarded by the patient.

2. Early intrinsic cancer of the larynx will be recognized when the profession realizes fully the possible significance of chronic hoarseness and becomes aware of the fact that early anterior intrinsic cancer is amenable to cure by laryngofissure —a relatively simple procedure that yields more striking and lasting results than can be claimed in any other internal region of the body.

3. The site of origin of laryngeal cancer in over 80 per cent of cases is the true vocal cord. Cancer of the true cord is a strictly localized disease, while no other laryngeal cancer may be said to be localized. For this reason surgical removal by laryngofissure when the cancer is truly cordal, with lasting cure and without loss of function, is possible in over 80 per cent of cases.

4. Biopsy remains the final arbiter in cases in which the presence of carcinoma of the larynx is suspected. Positive histologic confirmation of malignancy is not always obtained with the first specimen, hence further biopsy is necessary.

5. Histopathology should be studied and recorded. It is of particular value in the selection of treatment in borderline cases. Tumors of well differentiated "low grade" type are probably of the best prognosis, whether treated by surgery or by irradiation, but the concensus of opinion is to consider surgery as the first choice in such cases, provided there is no contraindication.

6. In advanced intrinsic cancer of the larynx, laryngectomy will obtain lasting cure in a much smaller group of cases than is the case with the larynx splitting operation. Schall remarks "there is need of educating the medical profession as well as the laity to an understanding that the laryngectomized patient is not a pitiable object, a woe —begone creature, who has given up all that life holds dear. The blind say they would rather be blind than deaf; the deaf that they would rather be deaf than blind; the patient without a voice considers himself fortunate that he is neither blind nor deaf."

One of Orton's patients whom he had operated over six years ago sent him the following verse:

"It's easy enough to smile
When you can talk, laugh and shout,
But those worthwhile, are those who smile
After their larynx has been cut out."

7. When the disease has spread beyond the confines of the intrinsic larynx, surgery offers but little hope of cure. Irradiation, by the protracted fractional technique of Coutard will cure a good percentage of extrinsic lesions.

Tapia strongly opposes irradiation of any sort before operation or post-operatively after laryngofissure because it would be a serious hindrace to a total laryngec-

tomy, "infinitely more efficient than irradiation." He admits the value of irradiation after total laryngectomy in certain cases.

Radiologists and laryngologists generally agree that carcinoma which is limited to the interior of the larynx should be dealt with surgically and that the surgical treatment should be supplemented with irradiation, if deemed advisable.

8. Notwithstanding the best efforts of the medical profession patients continue to arrive with hopelessly incurable cancers that have started in the vocal cords. In most such cases palliative tracheotomy and irradiation will be required.

9. This situation will be corrected and the mortality rate from laryngeal cancer decreased if and when the medical profession as a whole and the public in general becomes actively aware of this fact.

10. Laryngeal cancer, allow me to repeat, if properly diagnosed and treated is curable in a very high percentage of cases, and yet "the majority of individuals with cancer of the larynx die from cancer of the larynx."

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Noviembre, 1943. No. 11

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTAS EDITORIALES

LA ESCUELA DE MEDICINA

Recientemente ha vuelto a ser objeto de discusión en la Prensa diaria de nuestro país la posibilidad de establecer una Escuela de Medicina en Puerto Rico, y por lo regular, en casi todos los escritos que han aparecido se discute el hecho de si nuestra Asociación favorece o se opone a la creación de tal Escuela.

Habiendo sido este asunto objeto de discusión ante una asamblea extraordinaria de la Asociación, y habiendo quedado en aquel entonces plenamente expresada la posición de la Asociación Médica ante dicho problema, como nuestro único comentario a estas nuevas manifestaciones de carácter público, queremos reproducir en su totalidad, las Notas Editoriales que publicáramos en nuestra edición de marzo de 1942, que leen como sigue:

"Desde hace varios meses viénese discutiendo, en público y en privado, por algunos sectores de opinión de nuestro país, la posibilidad y viabilidad de establecer en nuestra isla una escuela de medicina probablemente adscrita a la Universidad de Puerto Rico.

Nuestra Asociación, representación genuina de nuestra clase, que en todo momento ha cumplido con su deber para con nuestro pueblo, considerando el asunto que nos ocupa uno de los que caen dentro de su inmediata jurisdicción nombró un comité para que estudiara nueva y más detenidamente el problema, así como otros relacionados con el servicio médico en Puerto Rico.

Dicho comité, conocido por el "Comité de Educación" de nuestra Asociación, e integrado por los doctores Koppisch, Morales Otero, Ramón Suárez, Noya Benítez, López Nussa y Gelpí, está cumpliendo a cabalidad la encomienda que le fuera hecha, y el día 8 del mes en curso rindió un informe preliminar ante una asamblea general extraordinaria de la Asociación Médica, informe que nos complacemos en publicar en otra parte de esta edición.

Entre las recomendaciones que hace el Comité de Educación en su informe que, dicho sea de paso, fué aprobado en todas sus partes por la asamblea ante la cual fuera sometido, hay la siguiente:

> "Solicitar la creación de una comisión conjunta de la Legislatura de Puerto Rico y la Asociación Médica de Puerto Rico *para que estudie la conveniencia y viabilidad* de establecer una escuela de medicina con sede en San Juan, e informe sobre el particular en el término de seis meses, a partir de la fecha de su creación."

La recomendación hecha por el Comité de Educación de la Asociación Médica de Puerto Rico y endosada por la asamblea general extraordinaria, es una que debe merecer la aprobación de toda la clase médica del país, e igualmente, de todos los

que han demostrado *tener interés* en que se cree en nuestra isla una escuela de medicina. No es el objetivo de esta recomendación el retardar ni posponer indefinidamente la decisión que sobre el particular pudieran tomar las autoridades competentes, sino más bien, evitar que en asunto de tanta importancia se tome alguna acción impremeditada que pueda perjudicar no sólo a la profesión médica del país, sino al pueblo en general y muy especialmente a los jóvenes que intentan cursar estudios de medicina.

El establecimiento de una escuela de medicina en un país cualquiera, significa un paso de gran trascendencia; en un país de los recursos económicos del nuestro es algo que debe meditarse, y más que meditarse, estudiarse bien a fondo antes de lanzarse a tan magna obra. Pero no podría estudiarse a conciencia —ni debe ello pretenderse— en el plazo mínimo de un mes, como muchos han llegado a sugerir.

Establecer una escuela de medicina que no reúna los "standards" alcanzados por nuestra profesión hoy en día, sería altamente perjudicial para el pueblo en general. En cambio, el establecer una escuela de medicina de *primer orden* es deseable, pero conlleva una serie de problemas que no podrían confrontarse con éxito sin antes haberlos sometido a un escrupuloso estudio y haber llegado a la conclusión de que los mismos podrán ser satisfactoriamente solucionados. La educación médica en la actualidad requiere no solamente la erogación de grandes sumas de dinero sino que necesita —y es ello de primordial importancia— de un profesorado hábil y competente y de todas las facilidades de laboratorio y de hospital que son imprescindibles para el debido y apropiado entrenamiento del estudiantado.

Puerto Rico, como es de general conocimiento, es, de todos los países de habla hispana, el que por su conexión con los Estados Unidos, y por su bilingüismo, está en mejores condiciones de poder disfrutar de las ventajas que ofrecen las escuelas de medicina de aquel país, con un profesorado como en muy raros casos puede encontrarse en universidades europeas o de Centro o Sur América, y con las mayores facilidades de laboratorio y de hospital.

Todas estas son cosas que deben tomarse muy en cuenta al decidir sobre la conveniencia o no conveniencia de establecer una escuela de medicina en nuestro país. Pueden estar completamente seguros los propulsores de esta idea, de que si tras un detenido estudio del problema, como el propuesto por el Comité de Educación de la Asociación Médica, se llegara a la conclusión de que es factible el establecer una escuela de medicina en nuestra isla y asegurar su mantenimiento dentro de los requisitos exigidos por la Asociación Médica Americana para una escuela clase A, la Asociación Médica de Puerto Rico no vacilará en asumir el liderato en pro de dicha medida.

Si por el contrario, el resultado del estudio no fuera favorable a este propósito, entonces, ya el Comité de Educación ha trazado también la pauta que podría ayudar a resolver nuestro problema médico para el futuro, al hacer la recomendación que transcribimos más abajo, recomendación muy sabia, de la cual estarían valiéndose muchos países de la América Latina, si contaran con las circunstancias que favorecen a nuestro país, y las cuales hemos ya mencionado en uno de los párrafos anteriores:

> "Solicitar del Honorable Gobernador de Puerto Rico y de la Honorable Legislatura Insular el aumento inmediato de los fondos destinados por el Gobierno de Puerto Rico para becas a estudiantes que reúnan los requisitos de admisión en escuelas de medicina de Estados Unidos,

de manera que anualmente se concedan hasta 25 becas a estudiantes de primer año, manteniendo un promedio de aproximadamente 100 estudiantes sostenidos por el gobierno en universidades americanas; abogar porque estas becas se liberalicen en el caso de estudiantes meritorios de gran pobreza; hacer las gestiones necesarias a fin de que ningún estudiante aprovechado quede sin lugar en Estados Unidos, y determinar si hay defectos en el curso preparatorio de medicina de la Universidad de Puerto Rico, susceptibles de reforma.''

LISTA DE HONOR

Médicos de Puerto Rico que han ingresado en las Fuerzas Armadas de nuestra Nación

- Noviembre 25, 1943 -

Acevedo Defilló, Carlos E.
Aguiló, Oscar
Arsuaga, Lorenzo
Aybar, Jose A.
Basora Defillo, Juan
Bayonet, Natalio
Bierley, John R.
Blanco, Rafael A.
Bou Lopez, Jose
Buso, Roberto
Busquets, A. R.
Buxeda, Angel R.
Calderon, Aureo
Canino, Fernando
Cardona, Jose Nestor de
Casanova Diaz, Jose R.
Casanova, Santiago
Castro, Carlos M. de
Chaves Estrada, Jose
Chiqués, Carlos Miguel
Colón, José Aníbal
Colón Rivera, Egidio
Dávila Colón, José
Dávila, Julio Elías
Diaz Atiles, Alberto
Diego, Manuel de
Diez Gutiérrez, Emilio
Ferraiuolli, Blás
Gallardo, Jose A.
Garcia de la Torre, F.
Garrido Morales, E.
García Blanco, José P.
Gelpí, William P.
Gil, Rafael A.
Godinez, Marcos A.
Gonzalez, Jose Raul
Gonzalez, Luis
Guijarro, Antonio
Guzman, Manuel
García Mercado, L.
Hernandez Matos, J. A.
Hing, William
Haugh, Donald C.
Jimenez, Roberto J.
Julia, Carlos M.
Kraft, George L.
Lacourt, Luis
Landron, Daniel
Lergier, José Eduardo
Licha, Salomón
López Elías, Francisco
López Sanabria, Ulises
Matta, Enrique L.
Martínez, Héctor A.
Monserrate, Fernando M.
Montilla, Jose Victor
Nieves Colon, Juan
Novoa Caballero, Miguel
Oms, Luis R.
Padró, Fernando
Palmer Lopez, Arnaldo
Paniagua, Manuel E.
Panzer, Ralph P.
Passalacqua, Luis A.

Perea, Luis R.
Pou, Jaime F.
Porrata Doria, Rafael
Ramírez de Arellano, Max
Ramirez, Ramon E.
Ramirez Smith, Kenneth
Rechany, Joseph E.
Reilly, Philip M.
Reyes, Felix M.
Rivera Aponte, Pedro
Rivera, Victor M.
Rodriguez Molina, Rafael
Robert, José Luis
Rodriguez Perez, Eduardo
Rojas Daporta, Dulcidio
Rovira Pales, Carlos
Rovira Pales, Joaquin
Sanjurjo, Luis A.
Salazar, Andrés
Silva, Euripides
Silva Torres, Edgardo
Slagle, T. D.
Smith, Jacob
Stokes, Roy J.
Susoni, Antonio H.
Valiente, Miguel A.
Vega, Luis B. de la
Velez, Francisco M.
Veve, Frank

Los nombres de los miembros de la Asociación Médica aparecen en versalitas.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea Anual

Dentro de breves días se celebrará en esta Capital la cuadragésima Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico. Publicamos en otra sección de este mismo número el programa que habrá de regir dicho acto. Innecesario es que entremos en comentarios alabando la labor desplegada por nuestro Comité Científico, y mucho menos elogiando la disposición de todos nuestros colegas para cooperar al engrandecimiento científico y social de nuestra agrupación. La fecha de la Asamblea (Diciembre 10, 11 y 12) está próxima y todos debemos disponernos, por ahora, a no permitir que se malogre ninguno de los variados aspectos de nuestra próxima convención. Así pues, dejemos los comentarios para nuestra próxima edición, cuando ya podremos hablar con conocimiento de causa. Por ahora, dejemos que el lector haga sus propias deducciones una vez que haya hojeado el programa científico-social que habrá de desarrollarse durante los días de la asamblea.

Distrito de Arecibo

Tal como anunciáramos en nuestra pasada edición, el domingo 31 del próximo pasado mes de octubre tuvo lugar en el domicilio del Club Rotario de la ciudad de Arecibo, galantemente cedido por sus directores, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Arecibo, y cuyo acto fué presidido por nuestro estimado amigo y consecuente colaborador del Boletín, Dr. Roberto Francisco.

Anticipamos que dicho acto sería un éxito, y no nos equivocamos. La calidad de los trabajos científicos abajo enumerados, la nutrida concurrencia del acto, y la forma gentil en que fuimos obsequiados todos los que concurrimos, probó sin lugar a dudas que ha sido éste uno de los actos más lucidos de los celebrados durante el año por las asociaciones de distrito. El mismo fué dedicado a los médicos de las fuerzas armadas destacadas en nuestro país, habiendo concurrido una nutrida represen-

tación de dichos compañeros.

Publicamos a continuación el interesante programa científico que tuvo lugar en dicha asamblea de distrito:

"Bone Marrow Infusions in Pediatrics Practice," Dr. Roberto Aguayo.

"Craniectomy in two cases of post-traumatic Convulsions," Dres. M. A. Astor, M. Baralt y J. Sobrino.

"Hypovitaminosis A — Pathological Findings in one case," Dr. I. Rivera Lugo.

"Filariasis of the Spermatic Cord and Epididymis," Dr. José C. Ferrer.

"Clinico-pathological Considerations of Manson's Schistosomiasis," Dr. Enrique Koppisch.

Deseamos reiterar por medio de estas líneas nuestra cordial felicitación a todos los compañeros que participaron en la organización de esta asamblea de distrito, muy especialmente a los doctores Francisco, Santos, Astor, Cadilla y Sala.

Premio al Mejor Trabajo en Medicina

Desde el día primero del mes en curso, en cuya fecha expiró el término para la admisión de trabajos al concurso para otorgar el premio de $1,000 creado por la Legislatura Insular el año pasado para el mejor trabajo de medicina que se realice en Puerto Rico, vienen laborando con gran entusiasmo en la selección del mejor trabajo los miembros del Comité Científico de nuestra Asociación.

Para la fecha en que sea puesta en circulación la presente edición de nuestro Boletín, ya el Comité Científico habrá rendido su veredicto y se sabrá quién ha sido el laureado en este importante concurso.

Acudieron a este concurso doce colegas, cuyos nombres desconocemos; pero hemos podido ver la calidad de los trabajos sometidos y podemos decir que todos, colectivamente hablando, son fiel exponente del anhelo de mejoramiento que siempre ha caracterizado a los miembros de nuestra profesión, y comprueban que nuestro presidente estaba en lo cierto, cuando al abogar por la aprobación de la Ley creando el premio, manifestó que en Puerto Rico hay material propicio para la investigación y que sólo se necesitaba algo que incitara a nuestros colegas a realizar trabajos de tal naturaleza.

Quienquiera que sea el compañero laureado, vaya para todos los concursantes, nuestra efusiva felicitación por el entusiasmo y el interés que han demostrado al enviar sus contribuciones para el concurso.

Nuestro Edificio

En fecha reciente, la Oficina de Defensa Civil de Puerto Rico, organización que desde principios del año 1942 estuvo ocupando la planta alta de nuestro edificio, por concesión especial que les hiciera la actual directiva de la Asociación, mudó sus oficinas para varios locales propiedad del Gobierno, por lo que nuevamente dispone nuestra Asociación de un local apropiado para la celebración de sus varios actos.

Nuestra directiva había planeado celebrar la próxima asamblea en nuestro domicilio; pero teniendo en cuenta que la cabida del mismo resulta muy limitada para actos de esta naturaleza, se resolvió acogernos a la hospitalidad que en todo momento nos ha brindado la Escuela de Medicina Tropical, y celebrar dicho acto en el nuevo anfiteatro de dicha entidad.

Personales

Dr. C. E. Muñoz MacCormick:

A mediados del mes en curso se reinte-

gró al ejercicio activo de su profesión, después de haber permanecido por espacio de dos años aproximadamente en el cargo de Director Ejecutivo General de la Defensa Civil de Puerto Rico, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Se reintegra el Dr. Muñoz al ejercicio de su profesión, después de haber cumplido cabalmente la tarea que le fuera encomendada por el Hon. Gobernador de Puerto Rico, y cuando los temores que obligaron a nuestro Gobierno a proveer medios para la protección de nuestra población civil, se han disipado. La labor realizada por el Dr. Muñoz MacCormick en beneficio del pueblo de Puerto Rico, en general, durante el tiempo que permaneció en el cargo antes mencionado, es bien conocida de todos nuestros colegas, ya que una de sus primeras actividades fué la de movilizar, junto al Dr. Costa Mandry, los miembros de la clase médica para que respondieran adecuadamente a cualquier emergencia ocasionada por el actual conflicto, y desde entonces hemos venido, casi todos, participando activamente en la organización que con tanto acierto él ha dirigido y a la cual tanto prestigio aportara.

Saludamos cordialmente al amigo Muñoz MacCormick por medio de estas líneas, y le deseamos todo el éxito a que es acreedor en el ejercicio de su profesión.

Dr. Ramón M. Suárez:

Recientemente regresó del Norte, en compañía de su distinguida esposa, el querido amigo Dr. Ramón M. Suárez, actual presidente del Comité Científico de nuestra Asociación.

Durante su viaje por el Continente el amigo Suárez visitó varios de los centros médicos de mayor importancia en los Estados Unidos y México, e invitó a varios distinguidos colegas a venir a nuestra isla y participar en la próxima asamblea de la Asociación.

Deseamos reiterar, por medio de estas líneas, nuestro saludo cordial al Dr. Suárez y su distinguida esposa.

Dr. P. Morales Otero:

El día 10 del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Pablo Morales Otero, Director de la Escuela de Medicina Tropical, y miembro distinguido de nuestra profesión.

Deseamos al querido amigo muy gratas impresiones durante su permanencia en el Norte.

Dr. Jenaro Suárez:

Acompañado de su distinguida esposa regresó el día 6 del cursante mes a nuestra Isla, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

El Dr. Jenaro Suárez, quien permaneció en los Estados Unidos por espacio de cinco meses realizando estudios avanzados en su especialidad de obstetricia y ginecología, regresa muy bien impresionado de su viaje.

Reciban el Dr. Suárez y su distinguida esposa nuestro saludo cordial.

Dr. J. H. Font:

También regresó a nuestra isla a principios del presente mes, el querido amigo Dr. J. H. Font, quien se hallaba disfrutando de unas cortas vacaciones por el Norte.

Un saludo cordial para el amigo Font.

Dr. R. Fernández Marchante:

En viaje de placer y estudios embarcó

a principios del mes en curso hacia los Estados Unidos el estimado amigo Dr. Fernández Marchante.

Que disfrute a plenitud de sus merecidas vacaciones deseamos al querido amigo.

Dr. Ceferino A. Méndez:

Tras un corto período de descanso en la vecina isla de Cuba, regresó recientemente a nuestra isla, el amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Reciba el estimado colega nuestra cordial bienvenida.

Dr. José Picó:

Entre los compañeros que regresaron durante el presente mes a nuestra isla, se encuentra también el querido amigo Dr. José Picó.

Reciba el amigo Picó nuestro saludo cordial.

Dr. R. Piñero Fernández:

Desde la ciudad de Chicago, en donde se encuentra cursando estudios avanzados en obstetricia y ginecología, nos envía un atento saludo el estimado amigo Dr. Piñero Fernández.

Al reciprocar el saludo del amigo Piñero, deseámosle un completo éxito en sus estudios.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Cumple en este mes su primer año de existencia el Plan del Auxilio Médico Mutuo. Es verdaderamente halagador el hecho de que en su primer aniversario, este plan, que con tantos inconvenientes tropezó antes de que la actual directiva se dispusiera a afrontarlo, allá para mediados del pasado año, cuente en su registro de socios un total de 388 compañeros. Esta cifra ha sobrepasado considerablemente, los cálculos conservadores que hiciéramos mientras defendíamos el plan, cuando fué por vez primera traído ante la consideración de la asamblea de nuestra Asociación, y podemos hoy sentirnos satisfechos de haber prestado nuestro concurso a tan magna obra.

Cumple su primer año de vida el Auxilio Médico Mutuo, con solamente una baja, cosa que, como es natural, ha favorecido grandemetne el plan, y ha contribuído considerablemente a hacerlo más solvente.

Entre los compañeros que recientemente se han acogido al plan se hallan los siguientes:

Dr. J. García de Quevedo
Dr. Emilio Vadi
Dr. J. A. Martínez
Dr. Pedro Hernández del Valle

Sabemos de otros que habrán de hacerlo dentro de los próximos días, por lo que no es de dudar que para fines de año hayamos alcanzado la cifra de 400.

De los compañeros miembros del Auxilio y hasta el momento en que redactamos estas líneas, hay 31 que han contribuído de una manera decisiva al éxito del plan, ya que han hecho remesas por concepto de certificaciones, habiendo tres de estos hecho remesas por valor de $30.00 cada uno.

Cordialmente exhortamos a todos los miembros del Auxilio a seguir el ejemplo que le han trazado los compañeros abajo indicados, enviando a la tesorería el im-

porte por ellos cobrado por concepto de certificaciones, y haciendo uso regularmente del Libro de Certificaciones.

Copiamos a continuación los nombres de los compañeros que han enviado sus contribuciones por concepto de certificaciones:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (3)
Dr. Amalio Roldán (3)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. Leoncio T. Davis (2)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera
Dr. Ramón C. Umpierre
Dr. Miguel Alonso
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López
Dr. Héctor Bladuell (3)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos A. Domínguez

RESUMEN DEL PROGRAMA CIENTIFICO Y SOCIAL DE LA CUADRAGESIMA ASAMBLEA ANUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO - DICIEMBRE 10, 11 Y 12 DE 1943

CLINICAS

El Viernes por la mañana se celebrarán clínicas médicas y quirúrgicas en el Hospital Presbiteriano y en los Hospitales de la Capital.

Las clínicas del sábado por la mañana estarán a cargo de la facultad de la Escuela de Medicina Tropical.

PROGRAMA CIENTIFICO

Sábado por la tarde

Rheumatic Heart Disease in Puerto Rico, por el Dr. Roberto Francisco.

Phenothiazine Prophylaxis and *Therapeutics in Experimental Infections,* por el Dr. G. J. Dammin.

Consideration of Epidemic Rheumatic Fever with Electrocardiographic Manifestations, por el Dr. R. B. Durham.

Naval Neuropsychiatry in the Caribbean, por el Dr. W. L. Holt.

Roentgenological approach toward Diagnosis of Bone Tumors, por el Dr. Manuel Guzmán.

Thromboangitis Obliterans in Puerto Rico — Practical considerations and incidence at the Bayamón District Hospital, por el Dr. Fernando Asencio.

Gastrectomía subtotal. Estudio de 45 casos practicados en el Hospital de Distrito de Arecibo, por los doctores

Manuel A. Astor, Antonio Susoni y Manuel Baralt.

Prolapso Uterino en las multíparas pobres, por el Dr. A. Oliveras Guerra.

An Operation for Fractured Neck of the Femur, por el Dr. Peter E. Sabatelle.

Surgery of the New Born -- Presentation of One Successful Case of Duodeno-Jejunostomy of a New Born, por el Dr. J. R. Bierley.

Conferencia por el Dr. Ignacio González Guzmán, de la Facultad de Medicina de la Universidad de México. (Título será anunciado más tarde).

Sábado por la Noche:

Public Health Problems in Puerto Rico, por el Dr. R. A. Vonderlehr.

Conferencia por el Dr. Ignacio González Guzmán.

The Influence of War on a V. D. program, por el Dr. Udo J. Wile.

Common Infection of the Respiratory Tract and their Treatment (Colds, Influenza, etc.), por el Dr. Howard A. Reimann.

Domingo por la mañana:

Ambliopía por Anopsia — Ilustrada con película, por el Dr. William P. Davis.

Peso del Corazón en Puerto Rico, por el Dr. Manuel de la Pila.

Algunas consideraciones sobre nuestras estadísticas de mortalidad puerperal, por el Dr. José S. Belaval.

Medical Aspects of Hypertension, por el Dr. Morris S. Rosemblum.

Sheep Cell Agglutinins and *Cold Agglutinins in Experimental* and *Human Infections,* por los doctores G. J. Dammin y T. H. Weller.

Proctoscopic Findings in 150 Asymptomatic Human Infections and Blood Studies in 150 Asymptomatic Human Infections, por los doctores Z. Taylor Bercovitz, R. Rodríguez Molina, Dudley W. Hargrave, J. D. Dickie y Charles E. Green.

Bacterial and Nonbacterial Pneumonias and their Treatment, por el Dr. Hobart A. Reimann.

Cinco años de experiencias en Puerto Rico con el Tratamiento del Cáncer de la Lengua, por el Dr. I. González Martínez.

Modern Trends in Traumatic Surgery, por el Dr. Leon Sheplan.

Osgood Schlatter's Disease, por los doctores Raymond F. Granfell y L. A. Passalacqua.

La operación del labio leporino simple o complicado, por el Dr. Luis A. Passalacqua.

General Considerations of Head Injuries, por el Dr. H. J. Rickard.

El viernes por la mañana celebrará una reunión de carácter científico-administrativa la Sección de Salud Pública de nuestra Asociación, bajo la presidencia del Dr. E. Martínez Rivera.

El domingo por la mañana se reunirá en uno de los salones de la Escuela de Medicina Tropical, el Capítulo de Puerto Rico del American College of Chest Physicians.

Los programas para estas reuniones circularán oportunamente entre los miembros de ambas secciones.

ACTOS SOCIALES

Viernes 10 de Diciembre:

12:00 M—Almuerzo en los Hospitales

de la Capital.

6:00 P. M.—Cocktail Party para los miembros de la Cámara de Delegados y sus distinguidas esposas, en la Fortaleza, obsequio del Hon. Gobernador de Puerto Rico.

8:45 P. M.—Sesión Inaugural.

Sábado 11 de Diciembre:

1:00 P. M.—Almuerzo en el Escambrón Beach Club, obsequio del Director y la Facultad de la Escuela de Medicina Tropical.

5:00 P. M.—Cocktail Party para las damas.

5:30 P. M.—Cocktail Party ofrecido por la Facultad del Hospital Díaz García.

Domnigo 12 de Diciembre:

1:00 P. M.—Buffet Lunch ofrecido por los médicos de Sanidad.

7:30 P. M.—Banquete anual.

PRIVINE DOES NOT INHIBIT CILIARY ACTIVITY



Arrows show direction of mucus flow over ciliated surface on lateral wall of nose. Stippled area non-ciliated. From Nasal Medication by Noah D. Fabricant, M. D., The Williams & Wilkins Company.

THE first line of defense of the upper respiratory tract is the mucociliary layer which is surprisingly efficient in its action. Direct ciliary action helps keep the mucus film in constant motion toward the nasopharynx—entrapping bacteria and offering considerable resistance to penetration of the epithelial layer. Therefore nasal medications which prove harmful to ciliary action impair a highly important nasal function.

PRIVINE* HYDROCHLORIDE (Brand of Naphazoline) a new, effective nasal vasoconstrictor giving prolonged symptomatic relief from two to six hours, has been shown by animal experiments to act favorably on ciliary activity. ***PRIVINE HYDROCHLORIDE*** prepared in line with present day standards restores and preserves this natural defense mechanism . . . *Available* in 0.1% solution in 1 oz. bottles and also 0.05% in 1 oz. bottles for children.

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

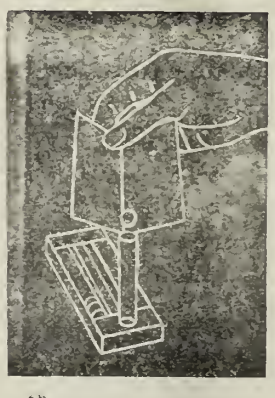
SUMMIT, NEW JERSEY

CLINITEST

DETERMINA EL AZUCAR EN LA ORINA EN 3 SENCILLISIMOS PASOS:



1 5 gotas de orina *más* 10 de agua.



2 Se echa la tableta.

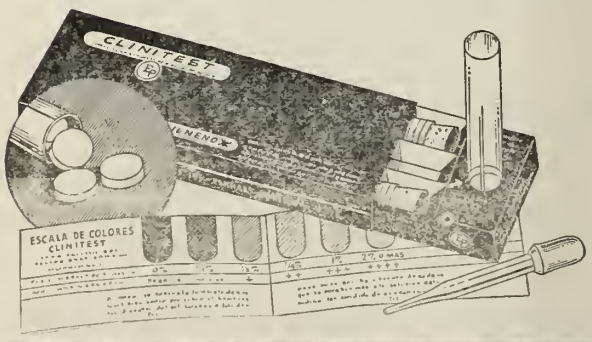


3 Se compara con la escala de colores.

Esto es todo...

y sólo se requiere un minuto!

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

ELKHART, INDIANA, E. U. A.



¿QUE ES UNA UTILIZACION MAXIMA?

● La utilización máxima de un alimento infantil significa que su contenido de proteína, grasa y vitamina, ha sido adaptado para asegurar la conversión fácil de los elementos nutritivos al crecimiento del cuerpo.

Por lo general, la proteína en la leche de vaca forma un coágulo grande y duro en el estómago del bebé, y la grasa, debido a su formación globular grande, retarda la digestión.

En DRYCO, estas características han sido eliminadas. El alto contenido de proteína en DRYCO, es afectado en tal modo por el procedimiento de elaboración, que forma suaves y pequeños coágulos que son fácil y rápidamente atacados por los encimos digestivos produciendo una utilización satisfactoria.

En DRYCO, debido a su bajo nivel de grasa adaptada, los glóbulos grandes de la grasa en la leche ordinaria son reducidos a un tamaño que facilita la digestión.

Un paso más para asegurar la utilización máxima, es la fortificación vitamínica, con la cual DRYCO garantiza al bebé las vitaminas A, B_1 y D, en las cantidades estipuladas por las normas establecidas.

El uso clínico de DRYCO durante más de 25 años ha demostrado que con DRYCO, la utilización máxima queda asegurada.

DRYCO



5P-438

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJANO GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen preoperatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

Cursos completos y Clínica de las enfermedades de:

OJOS-OIDOS NARIZ GARGANTA

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

T O S

La tos que acompaña muchas afecciones del aparato respiratorio generalmente es parte de la defensa establecida por la Naturaleza. El suprimir por completo la tos empleando drogas, puede ser dañino, pero eso no obstante, la molesta tos, especialmente cuando está asociada a estrechez retrosterna o muscular, o dolor pleurítico, roba al enfermo del descanso que mucho necesita.

Numerosos médicos reconocen lo valioso que es el calor húmedo para mitigar esos síntomas.

Como cataplasma medicinal, la ANTIPHLOGISTINE constituye un medio conveniente de aplicar calor húmedo durante largos períodos.

La ANTIPHLOGISTINE es ayuda poderosa en el tratamiento sintomático de la Bronquitis — Resfriado del Pecho — Traquitis — Tonsilitis — Pulmonía — Pleuresía.

La ANTIPHLOGISTINE retiene calor húmedo durante muchas horas.

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 VARICK STREET — NUEVA YORK, E. U. A.

Francisco Garratón, S. en C., P. O. Box 1541,
San Juan.



Kalak

REG. U.S. PAT. OFF.

A crystal clear, sparkling alkaline mineral water, prepared from distilled water and salts in chemical equivalents under laboratory control to insure uniformity of quality. KALAK is valuable in maintaining the mineral and water equilibrium which may be upset by a pathological process or by certain drugs such as salicylates, iodides, and sulfa drugs.

KALAK WATER CO. OF NEW YORK, INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA NEW YORK, N. Y.

Distributed by:

R O D O L F O B E R N A L

San Juan, P. R.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

Representante: S. R. ROSADO, Ph. G. — P. O. Box 1291, San Juan, P. R.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A } 6,250 U. I. de Vitamina D }	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Lista de Honor



La guerra viene achicando bastante la familia universal de hombres y mujeres Lilly. Centenares de ellos vienen sirviendo lealmente en las fuerzas armadas de las naciones aliadas. Los que se quedan en casa cumplen también con su deber, pués las drogas esenciales deben suplirse en cantidades constantemente en aumento para usos militares y civiles. Eli Lilly and Company honra a sus empleados que están en las fuerzas armadas, y saluda a los que siguen manteniendo las tradiciones Lilly de integridad en la manufactura de productos farmacéuticos de la más fina calidad, tanto en la guerra como en la paz.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E.U.A.



HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXV DICIEMBRE, 1943 NUMERO 12

APR 17 1944

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Good News!

*DEXTRI-MALTOSE

WITH YEAST EXTRACT AND IRON
now measures 4 (instead of 6)
level tablespoonfuls to the ounce

and

★ is packed 16 oz. (instead of 12) per tin

and

★ each ounce supplies 2.8 mg. iron

and

★ each ounce supplies .3 mg. thiamine

and

★ each ounce supplies
.1 mg. riboflavin

During the baby's first six months, this product alone supplies to the milk formula more iron than the infant requires

and

more thiamine than the average infant requires

Dextri-Maltose With Yeast Extract and Iron is supplied now in 1-lb. and 5-lb cans



ALL AT NO INCREASED COST TO THE PATIENT

MEAD JOHNSON & CO.
EVANSVILLE, IND., U. S. A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico — Año 1943, Manuel de la Pila, M. D., Ponce, P. R. — 457

Public Support for the Solution of Public Health Problems in Puerto Rico, R. A. Vonderlehr, M. D., Medical Director U. S. Public Health Service, San Juan, Puerto Rico — — 469

Cinco Años de Experiencia en Puerto Rico con el Tratamiento del Cáncer de la Lengua, I. González Martínez, M. D., Santurce, Puerto Rico — — — — — — — — — — — — — — 474

Some New Approaches to the Venereal Disease Problem, Ernesto Quintero, M. D., San Juan, P. R. — — — — — — — — — 480

Noticias Médico-Sociales

Asamblea Anual — — — — — — — — — — — — — — — 482

Premio al Mejor Trabajo de Medicina — Año 1943 — — 483

Personales — — — — — — — — — — — — — — — — 484

Sección de Biblioteca — — — — — — — — — — — — — 486

Página del Auxilio Médico Mutuo — — — — — — — 488

Laudo del Comité Científico — — — — — — — — — — 489

Indice del Volumen XXXV — — — — — — — — — — — 490

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January, 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Porto Rico under the act of August 24, 1912.



¿QUE ES UNA UTILIZACION MAXIMA?

● La utilización máxima de un alimento infantil significa que su contenido de proteína, grasa y vitamina, ha sido adaptado para asegurar la conversión fácil de los elementos nutritivos al crecimiento del cuerpo.

Por lo general, la proteína en la leche de vaca forma un coágulo grande y duro en el estómago del bebé, y la grasa, debido a su formación globular grande, retarda la digestión.

En DRYCO, estas características han sido eliminadas. El alto contenido de proteína en DRYCO, es afectado en tal modo por el procedimiento de elaboración, que forma suaves y pequeños coágulos que son fácil y rápidamente atacados por los encimos digestivos produciendo una utilización satisfactoria.

En DRYCO, debido a su bajo nivel de grasa adaptada, los glóbulos grandes de la grasa en la leche ordinaria son reducidos a un tamaño que facilita la digestión.

Un paso más para asegurar la utilización máxima, es la fortificación vitamínica, con la cual DRYCO garantiza al bebé las vitaminas A, B_1 y D, en las cantidades estipuladas por las normas establecidas.

El uso clínico de DRYCO durante más de 25 años ha demostrado que con DRYCO, la utilización máxima queda asegurada.

DRYCO

SP-428

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

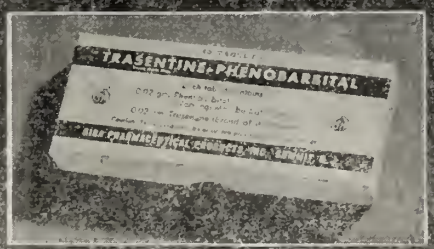




Circuit Breaker

For relief of high nervous tension and myogenic spasm, most American physicians more and more rely upon these well-known, effective antispasmodics as modern circuit breakers . . .





Because TRASENTINE* can be depended upon to control continuous spasm of hollow abdominal viscera. It provides benefits of atropine and papaverine but is not so apt to produce undesired side effects of the former, such as dryness of mouth, dilation of pupils, or palpitation.

Because TRASENTINE*-PHENOBARBITAL combines antispasmodic properties of Trasentine with the sedative action of an efficient barbiturate. It is especially successful in relieving painful spastic disorders of smooth musculature complicated by nervousness and other symptoms of high-tension living.

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

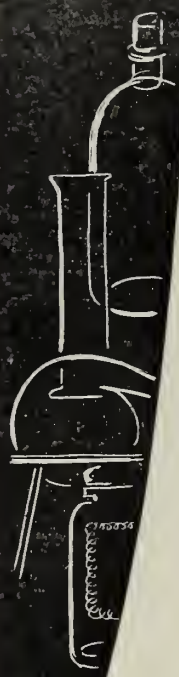
CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*

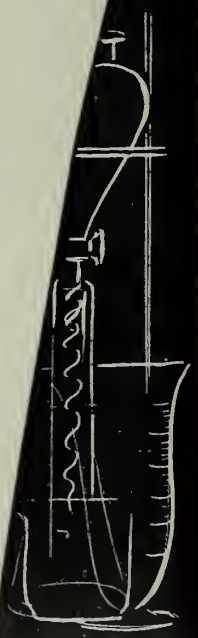
SUMMIT, NEW JERSEY

UNA TRADICION CELOSAMENTE MANTENIDA

desde 1860







DURANTE más de ochenta años la Casa John Wyeth & Brother se ha adherido estrictamente a normas de conducta del más elevado sentido ético—unas normas impuestas a sí misma y que han exigido constantemente la mayor perfección en la fabricación de sus productos farmacéuticos. Tan escrupulosa ha sido su observancia de estas normas que, al correr de los años, han venido a constituir una tradición celosamente guardada y mantenida.

Los esfuerzos de la Casa Wyeth se han orientado no sólo hacia labores de investigación científica, sino también al control meticuloso de los procesos de fabricación de cada uno de sus productos. Gracias a estos esfuerzos puede asegurar a la profesión médica que todos los productos de la Casa Wyeth son de potencias comprobadas y de acción terapéutica uniforme.

Estas normas establecidas en el siglo pasado y mantenidas siempre con orgullo han venido a identificarse con la marca Wyeth. Emanan de una sincera apreciación de responsabilidad ante la profesión médica, que la Casa Wyeth ha tenido el honor de servir durante tanto tiempo.

Desde la fundación de John Wyeth & Brother, la propaganda de sus productos se ha dirigido exclusivamente a la profesión médica y nunca al público en general.

CASA FUNDADA EN 1860



El gallardete con la letra "E", que significa "Excelencia en la Producción," y es la más alta distinción de esta clase que concede la Marina de Guerra de los Estados Unidos de América, fue presentado recientemente a John Wyeth & Brother, siendo la primera casa farmacéutica en recibir este honor.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

PHILADELPHIA, E. U. A.

Chicago Cleveland Jersey City Durban Londres
Sydney Buenos Aires México, D. F.



CONTRIBUYE A PREVENIR COMPLICACIONES SERIAS

Aplicándola sobre el pecho en condiciones tales como bronquitis, pleuresía, toses, resfríos y tos ferina, el emplasto Numotizine ayuda a disipar la congestión, promoviendo hiperémia, aliviando el dolor y malestar y deteniendo aquellos estados patológicos que tanto contribuyen al desarrollo de trastornos más serios (neumonía, etc.).

En Numotizine se combinan la bien conocida acción anodina-descongestiva de un emplasto con el efecto sistemático antifebril de la absorción lenta del guayacol y la creosota.



NUMOTIZINE, INC.
900 NO. FRANKLIN ST., CHICAGO, ILL., E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
F R A N C I S C O C A S T A G N E T
Tanca No. 1 — San Juan. P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL

(ORGANIZADO EN 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

CIRUJANO GENERAL

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología, bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cisto-endoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

OTOLOGIA AVANZADA

Un curso especial en otología avanzada incluyendo instrucción operatoria en cadáveres, la más reciente técnica operatoria para petrositis, meningitis, cirugía para mejorar defectos auditivos (otoesclerosis), asistencia a clínicas y conferencias, examen pre-operatorio de pacientes, presencia a operaciones, y curso post-operatorio de los enfermos en las salas.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

Medical Executive Officer: 345 West 50th Street

NEW YORK CITY

La ANEMIA en la Infancia y la Niñez

"Los productos lácteos contienen muchos elementos nutritivos valiosos, pero estos alimentos son muy pobres en elementos que ayudan al cuerpo a formar nuevos glóbulos rojos y hemoglobina.

"Esto deben tenerlo muy en cuenta los que consumen productos lácteos en abundancia—por ejemplo en las dietas de los niños."[1]

---

[1]G. H. Whipple, M. D. "La Formación de Hemoglobina en el Cuerpo según la Influencia de Factores Dietéticos." The American Journal of the Medical Sciences. Vol. CIXXV, Page 721, June, 1928.

La Anemia en la Infancia y la Niñez

"UNA de las condiciones fundamentales en el tratamiento de la anemia es la dieta bien equilibrada."[2]

"La leche y sus productos, queso, crema y manteca, son de escasa importancia con respecto al contenido de hierro y al "factor Preventivo de la Anemia." Excelente como es la leche para la mayoría de las exigencias dietéticas es sin embargo inadecuada en cuanto a hierro y al factor Preventivo de la Anemia. Los médicos deben tener esto en cuenta en el régimen de la anemia, especialmente en los niños o en los infantes para los cuales la leche constituye el principal alimento."[3]

Se ha dicho que además de las deficiencias dietéticas: "Las anemias en la infancia se producen por las mismas causas como en las de los adultos, las pérdidas de sangre, destrucción de la sangre, desórdenes del metabolismo férreo y merma en la actividad hematopoyética."[4]

En la terapéutica de la anemia de los niños, Fuller[5] prescribe hemoglobina para administrarse durante un largo período, la que provee elementos minerales y proteína.

Tauscherer[6] informa sobre cinco casos de anemia en infantes tratados con éxito por la administración diaria de 15 gramos de hígado por kilo de peso.

En muchos casos se obtiene mejor resultado en la regeneración de la sangre en los infantes y niños por medio de dietas que contengan una combinación de hierro e hígado.[7]

Neobovinine 20 es un compuesto original orgánico de extracto de hígado y hemoglobina de bovino, rico en hierro orgánico.

Neobovinine 20 se prescribe cada vez más para los infantes y niños desnutridos y para el empobrecimiento en general de la sangre.

[2]Herbert Z. Griffin, M.D. and Charles H. Watkins, M.D. "Tratamiento de la Anemia Secundaria." Journal American Medical Association. Vol. 95, Page 587, August 23, 1930.

[3]Victor E. Levine, M.D. Ph.D. "Tratamiento de la Anemia." International Clinics. Vol. III—Series 39, J. B. Lippincott Co., 1929.

[4]Frank A. Evans, M.D. "Anemia Perniciosa." The Williams and Wilkins Company, 1926.

[5]A. W. Fuller, M.D. "La Anemia, sus Causas y Tratamiento." H. K. Lewis and Company, Ltd., 1924.

[6]J. Tauscherer, M.D. "Ueber Lebertherapie bei Säuglingsanämien." Monatsschrift für Kinderkeilkunde, Vol. 39, Page 193, 1928.

[7]James M. Baty, M.D. "La Anemia en los Infantes y en los Niños." The New England Journal of Medicine, Vol. 203, Page 319, August, 1930.

• • •

Nótese la Composición del Neobovinine 20

Los siguientes análisis no deben tomarse como fórmulas

Composición Media Total	
Sangre de Bovino	53.3%
Extracto de Hígado	26.6
Alcohol (en volumen)	15.0
Glicerina	2.7
Sal y Agua	2.4
Traducida en	
Alcohol (en peso)	11.35%
Ceniza	2.00
Proteína (Nx6.25)	11.25
Azúcares reductores	1.30
Grasa	0.25
Glicerina	2.70
Agua y substancias volátiles	71.15

Promedio de Contenido Mineral Miligramos por 100 c.c.	
Hierro (Fe)	34.0
Cobre (Cu)	0.76
Fósforo (P)	121.0
Calcio (Ca)	8.8
Zinc (Zn)	5.0
Magnesio (Mg)	2.9
Potasio (K)	238.0
Sodio (Na)	107.0
Azufre (S)	170.0
Cloro (Cl)	163.0
Manganeso (Mn)	Trazas

CADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE 0.83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO

Neobovinine 20 es un compuesto orgánico original libre de substancias inorgánicas excepto sal. Contiene materiales para la formación de nuevos hematíes y hemoglobina, más el principio activo de hígado que asegura su aprovechamiento.

Neobovinine 20

LA eficacia del hígado en la anemia secundaria ha sido plenamente demostrada cuando se complementa con otros elementos minerales.

Neobovinine 20 posee las ventajas de la hepatoterapia más los benéficos efectos positivamente demostrados del hierro orgánico y otros elementos minerales orgánicos (asimilables).

Intensos experimentos de laboratorio y ensayos clínicos han demostrado ampliamente su eficacia en todas las formas de anemia para la regeneración y formación de hemoglobina y glóbulos rojos.

Todos los elementos orgánicos necesarios están presentes en la sangre de bovino desfibrinada que es una parte importante del Neobovinine 20.

La sangre[1] es la más rica fuente conocida de hierro animal (asimilable) y contiene 247.5 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína mientras que la carne cruda de res generalmente considerada rica en hierro contiene sólo 7.6 miligramos de hierro por 100 gramos de proteína. Según el método que se use, hasta el 81 por ciento[2] del hierro, el fósforo y otros minerales presentes en los vegetales se pierden en la cocción.

La sangre fresca de bovino en el Neobovinine 20 es tratada por un procedimiento en frío y en su preparación las propiedades activas y sales minerales animales no han sido destruídas por el calor. Es significativo que los mejores resultados en la hepatoterapia (cuando se emplea el hígado solo) han sido obtenidos cuando el hígado se toma crudo.

Además del hierro, cantidades relativamente pequeñas pero importantes de otros elementos minerales incluyendo el cobre toman parte activa en la formación de la hemoglobina. Estos elementos, en forma orgánica, están contenidos en el Neobovinine 20. Una substancia viene a complementar la otra.

El Neobovinine 20 tiene una influencia definida sobre el apetito, determinando una entrada calórica mayor y dando como resultado un efecto favorable sobre el metabolismo general.

También provee seroproteínas nitrogenadas útiles para aumentar las proteínas de cereales y productos lácteos que son de poco valor hematógeno a menos que sean complementadas con proteínas provenientes de otras fuentes.

El Neobovinine 20 tiene buen gusto, es facilmente tolerado y no se le conocen contraindicaciones.

Nota: El color del Neobovinine 20 puede variar pero esto no afecta su poder en forma alguna

DOSIS: En los estados anémicos, marasmo, dieta deficiente, desnutrición y empobrecimiento general de la sangre, una cucharada cuatro veces al día, preferible después de las comidas y antes de acostarse.

• • •

Niños: Graduar según el peso, 20 libras (9 kilos), 1/8 de la dosis para adulto; 40 libras (18 kilos), 1/4; etc.

• • •

Neobovinine 20: Representa el adelanto más notable desde la introducción de la hepatoterapia, y está adquiriendo rápidamente un lugar preponderante en el tratamiento de todas las formas de empobrecimiento de la sangre.

• • •

Neobovinine 20: Para la regeneración y formación de glóbulos rojos y hemoglobina. Después de intensas pruebas de laboratorio reguladas científicamente y numerosos ensayos clínicos con gran éxito, puede ya obtenerse por prescripción.

[1]F. B. Forbes and R. W. Swift. "El Contenido de Hierro en las Carnes." Journal of Biological Chemistry, 1926. Vol. 67. No. 517.

[2]Peterson and Hoppert. Journal of Home Economics. Vol. 17. No. 265. 1925.

Neobovinine 20

8134 McCormick Boulevard
CHICAGO, E. U. A.

Casilla Correo 1620
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Impreso en E.U.A.

ADA CUCHARADA CONTIENE EL EQUIVALENTE DE
83 ONZAS (25 GRAMOS) DE HÍGADO FRESCO ENTERO

Neobovinine 20 En Las Anemias Secundarias

En cualquier forma de Anemia existe deficiencia en los glóbulos rojos o en la hemoglobina, o en ambos a la vez. Por consiguiente, el tratamiento debe encaminarse siempre hacia la reposición del volumen sanguíneo. Sigue comprobándose que muchos factores más que el mero factor hígado intervienen en esta regeneración. El hierro es de gran importancia pero, sin embargo, hay un grupo de otros elementos minerales definidamente vinculados a la formación de la sangre. Estas substancias se hallan todas contenidas en el Neobovinine 20, en cantidades adecuadas. El contenido de proteína en el Neobovinine 20 es también de gran importancia para el aprovechamiento de los factores nutritivos en la formación del estroma de los glóbulos rojos.



Los grandes clínicos, en muchos países, están de acuerdo acerca del rápido y sorprendente resultado de la terapéutica del Neobovinine 20 y en que la regeneración de la sangre se acelera más con el Neobovinine 20 que con el uso individual de cualquiera de las substancias contenidas en el mismo.

WAR NERVES!

Regular daily intake of the Vitamin B Complex is essential to the maintenance of steady nerves.

ELIXIR GALEN B Fortified provides thelogieal answer to this widespread wartime need. It can be fully depended on to supply adequate amounts of all the B complex factors which maintain the integrity of nerve tissue.



ELIXIR GALEN B Fortified is a concentrate derived from rice bran and fortified with added amounts of thiamine and riboflavin. It supplies ample quantities of all factors of the entire natural vitamin B complex, and because of the added vitamins, it can also be used successfully in the treatment of those cases requiring large dosages of thiamine and riboflavin. ELIXIR GALEN B Fortified is designed for regular everyday use, not only as a medicine, but as an essential food adjunct.

Galen Company

BERKELEY • CALIFORNIA • U. S. A.

*Trade Mark Copyright 1943, Galen Company



MORE COMMON THAN GONORRHEA[1]

IN the last two decades Trichomonas Vaginalis has been recognized as the most prevalent of the gynecological infections. Incidence has been averaged at between 25 and 30 per cent.

VIOFORM INSERTS* (iodochlorhydroxyquinoline with boric acid and lactic acid) are offered to physicians as a time-saving, effective and economical means for combating this parasite. VIOFORM acts to eradicate trichomonas vaginalis, while other included medicaments quickly restore the acidity of the vaginal vault. Each Insert contains 250 mg. of VIOFORM, 25 mg. of lactic acid, and 100 mg. of boric acid.

VIOFORM INSERTS may be given to patients for home use, necessitating fewer office calls in these war-rushed times. In mild cases one course of ten days is recommended. More severe infections usually respond to two or three courses. Write for literature.

[1] Am. Jl. Surg., 33.523, 1936
*Trade Mark Reg. U.S. Pat. Off.

CIBA *Pharmaceutical Products, Inc.*
SUMMIT, NEW JERSEY

Bacterias con Pedigree...

LOS Laboratorios Lederle ofrecen a las bacterias famosas su ambiente favorito. Entre ellas hallaremos la famosa cepa número 8 de Park-Williams del bacilo diftérico, aislado en 1895. Además, se mantienen cultivos puros de todos los tipos del neumococo, ciento diez cepas de estafilococos de origen humano y estreptococos puros, no olvidando al afamado Brucella abortus número 19 que ya lleva 20 años cautivo, y muchísimos otros.

Pero nuestro fin no solamente es mantener estas bacterias de "pura sangre" en condiciones óptimas, ante todo se trata de emplearlas para el bienestar del hombre. Para conocer bien a las bacterias y a sus primos hermanos los virus, es necesario vivir entre ellos, es decir, hay que estudiarlos, observando sus reacciones a los cambios de dieta, temperatura y atmósfera, día tras día, año tras año. Por ejemplo, la cepa número 8 de Park-Williams del bacilo diftérico ha sido observada por más de 15 años por uno de nuestros técnicos con toda la pericia y paciencia de que es capaz. Así, el verdadero arte es el saber convertir estos enemigos del hombre y de los animales en poderosos agentes preventivos y curativos.

Especifique **Lederle**



LEDERLE LABORATORIES CO., 76 Calle Salvador Brau, San Juan

Rapid and pronounced reduction of stomach acidity

Creamalin promptly reduces stomach acidity. Moreover, the antacid effect is sustained.

With Creamalin there is no compensatory reaction by the gastric mucosa and no oversecretion of hydrochloric acid. Furthermore, there is no risk of producing alkalosis.

When employed with an ulcer regimen, Creamalin often induces unusually rapid healing of peptic ulcer.

Supplied in 8 oz., 12 oz. and 1 pint bottles



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK, N. Y. WINDSOR, ONT.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of Merit for the Physician.

Allen 77

San Juan Puerto Rico

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

VOL. XXXV

ENERO - DICIEMBRE, 1943

SAN JUAN
REAL HERMANOS, INC.
1943

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
Gift Dr. Huber
41

LISTA DE COLABORADORES AL VOLUMEN XXXV DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AGUAYO, J. ROBERTO, Arecibo
ASENCIO CAMACHO, FERNANDO, Bayamón
ASTOR, MANUEL A., Arecibo
BALASQUIDE, L. A., Ponce
BENITEZ, JAIME, Río Piedras
BOLTEN, JOSEPH, San Juan
BONILLA, ELENA, San Juan
CARDONA, NESTOR de, Aguadilla
COLON, JULIO E., San Juan
FERNANDEZ FUSTER, M., Fajardo
FONT, J. H., San Juan
FRANCISCO, ROBERTO, Arecibo
GARCIA BIRD, J., Canóvanas
GARRIDO MORALES, EDUARDO, Santurce
GELPI, WILLIAM R. Santurce
GONZALEZ MARTINEZ, I., Santurce
HERNANDEZ MORALES, F., San Juan
HOLT, WILLIAM L., (Army)
KALOW, IRVING, (Army)
KOPPISCH, ENRIQUE, San Juan
LONDON, LOUIS S., New York
MARTINEZ RIVERA, E., Santurce
MAYMI, JOSE R., Santurce
MONTALVO DURAND, LUIS J., Juncos
MORALES OTERO, P., San Juan
NOYA BENITEZ, J., San Juan
OLIVERAS GUERRA, A., Santurce
PEREA, NELSON, Mayagüez
PEREZ, BRAULIO, Buenos Aires
PILA, MANUEL DE LA, Ponce
PRIETO, EZEQUIEL, Caguas
QUEVEDO BAEZ, M., Santurce
QUINTERO, ERNESTO, Santurce
RAMIS, ISOLINA, Santurce
SERRA, AMERICO, Ponce
SOTO RIVERA, M., San Juan
STOKES, ROY J., San Juan
SUAREZ, RAMON M., Santurce
TOMASINI, MARIO J., Fajardo
TORO, JORGE DEL, Santurce
VONDERLEHR, R. A., San Juan
WILLIAMSON, CARL S., (Army)

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA EDITORA

Año XXXV | DICIEMBRE, 1943 | Número 12

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO — AÑO 1943

MANUEL DE LA PILA, M. D.

Ponce, P. R.

Sr. Speaker y Sres. Miembros de la Cámara de Delegados:

Próximo a expirar el término de mi incumbencia en la presidencia de nuestra Asociación, preciso es que pasemos revista rápidamente al desenvolvimiento de esta agrupación durante el tiempo que hemos tenido el privilegio de actuar como su primer ejecutivo, y muy especialmente, a los acontecimientos durante el año que termina.

Pero más que el pasado, debe preocuparnos el futuro. Es nuestro deber adelantarnos a los acontecimientos, y prepararnos para afrontar, todos unidos, lo que el destino nos tenga reservado.

De todos es bien sabido que la medicina, colectivamente hablando, está pasando actualmente por un período de evolución. No es de dudar que este movimiento que se ha iniciado últimamente en todos los países civilizados del orbe, habrá de acelerarse considerablemente a medida que vaya acercándose el punto culminante del actual conflicto y durante las etapas iniciales de la reconstrucción, que indudablemente será el período más difícil. Puerto Rico, no habrá de ser una excepción a la regla, y también nos veremos nosotros precisados a afrontar los serios problemas que conllevan cambios de la índole de los que se avecinan.

La práctica de la medicina no es ya incumbencia exclusiva del médico. Toman parte activa en su administración, el público, el Gobierno, y distintos grupos representativos de la colectividad. De ahí, que la atención médica de nuestro pueblo sea ahora encauzada por rumbos que hasta cierto punto nos parecen extraños, a los que, como el que os habla, procedemos de la vieja escuela. Quizás si gran parte de estos cambios se deban a la evolución habida en todos los demás aspectos de la vida; pero lo cierto es que a ellos ha contribuído mucho el propio médico, por haberse limitado últimamente al estricto ejercicio de su profesión, relegando al olvido la parte humanitaria de su labor, que tanto prestigio y admiración le ganara en tiempos no muy lejanos. Pero una vez llegada esta condición, muy poco, quizás nada, lograríamos con ponernos en contra de la corriente. Lo saludable, lo juicioso, lo inteligente, es que afrontemos la realidad y hagamos, por nuestro propio bien, y por la salud de nuestro pueblo, cuanto esté a nuestro alcance por mantenernos en el liderato en cualquier movimiento de carácter médico que se origine en nuestro país.

Toca a vosotros, distinguidos miembros

de nuestra Cámara de Delegados, hacer un estudio concienzudo de la situación actual y del futuro inmediato, y trazar, a los nuevos dirigentes de nuestra agrupación, el sendero más recto hacia la realización de nuestras aspiraciones.

Hechas estas breves anotaciones, permítaseme hacer un corto resumen de cada una de las actividades sobresalientes del año, varias de las cuales están íntimamente relacionadas con los cambios que indudablemente habrán de registrarse en un futuro no muy lejano.

Plan de Servicios Médicos:

Una de las actividades a la cual dimos mayor énfasis en nuestra labor de este segundo año de presidencia, fué la de recopilar el consenso de opinión de los miembros de nuestra profesión en relación con la posible organización de un Plan de Servicios Médicos.

Habiendo formado parte desde un principio del Comité encargado de organizar el plan de Servicio Hospitalario en Puerto Rico (Blue Cross Plan) pude darme cuenta de que existía el propósito en varios de los miembros de dicho Comité, de consultar a la Asociación Médica sobre la posibilidad de que como un complemento al "Blue Cross Plan" se estableciera también un plan de Servicios Médicos, cuyo establecimiento, en la opinión de muchas personas autorizadas, es esencial para garantizar la vida del primero.

Siendo esto de mi conocimiento, y perfectamente compenetrado de la importancia que un plan de tal naturaleza representaría para nuestra clase, no creí preciso esperar a que se nos hiciera la consulta, y después de dar cuenta de mi propósito a los demás compañeros de directiva, dí comienzo a una campaña para obtener personalmente la opinión de cada uno de los miembros de la Asociación en torno a este problema. Visité los médicos de una gran cantidad de pueblos, unas veces en compañía de nuestro Speaker, el Dr. Costa Mandry, otras en unión del vice-presidente, Dr. Oliveras, o del Secretario, Dr. Martínez Rivera, y otras solo. En todas estas visitas expliqué a los compañeros el alcance del problema en cuestión; discutimos los puntos en duda y luego solicitamos de cada uno de dichos colegas contestaran por escrito el cuestionario que con tal fin habíamos preparado, copia del cual adjuntamos a este informe.

Como una de las preguntas que hacíamos en dicho cuestionario se refería al tipo de tarifa que podría regir en un plan de la naturaleza de éste, y sabíamos que ésta sería una labor muy grande para nuestros compañeros, preparamos y repartimos entre los miembros de la Asociación una tarifa modelo, para que nos señalaran en éstas la cantidad por la cual estarían dispuestos a prestar los distintos servicios en ella enumerados, a las personas que se acogieran al plan en cuestión.

En la actualidad tenemos un total de 196 contestaciones al cuestionario y 37 tarifas modelos con las sugerencias hechas por igual número de miembros.

Como la consulta que habría de hacérsenos en torno a dicho plan dependía del establecimiento del "Blue Cross Plan", y éste sufrió alguna demora en su organización, no creímos necesario activar demasiado el asunto; por lo que durante los últimos meses nos hemos limitado únicamente a tratarlo someramente con los miembros de la Directiva y alguno que otro de nuestros médicos asociados. Sin embargo, en la fecha en que redactamos este informe, el "Blue Cross Plan" ha vuelto a recobrar ímpetu y en la actualidad, con la llegada a nuestra isla del Sr. Robert E. Mills, quien tendrá a su cargo

la dirección del plan, el mismo se halla en franca vía de organización.

Es necesario pues, que volvamos a renovar nuestras gestiones, de manera que, según lo planeamos al principio, cuando se nos consulte sobre la posible organización de un Plan de Servicios Médicos, ya conozcamos la opinión de nuestros colegas, y sea fácil resolver en una asamblea lo que mejor convenga a los intereses de nuestra profesión.

Aunque es nuestra creencia que este es un asunto que merece ser tratado en una asamblea extraordinaria de nuestra Asociación, creemos sería oportuno que la Cámara adelantara sus puntos de vista sobre el particular, ya que ello podría ahorrarnos tiempo cuando el mismo haya de ser definitivamente resuelto.

Auxilio Médico Mutuo:

Ya todos vosotros conocéis, por las notas que mensualmente se han venido publicando en el Boletín, la manera satisfactoria en que ha quedado definitivamente organizado el Plan del Auxilio Médico Mutuo.

El plan auxiliar de certificaciones que pusimos en práctica a principios de año, ha empezado a dar sus frutos, y no tardará en llegar el día en que los ingresos que se obtengan por concepto de certificaciones sean suficientes para cubrir dos o tres pólizas.

En fecha reciente celebramos una entrevista con el presidente del Colegio de Farmacéuticos, Lcdo. A. L. Monserrate Anselmi, con el propósito de discutir la posibilidad de llevar a efecto nuestro segundo plan del "centavo por receta." En esta entrevista el Lcdo. Monserrate Anselmi nos sugirió la posibilidad de conseguir que la Legislatura Insular autorice al Colegio de Farmacéuticos a imponer un pequeño tributo en las recetas de narcóticos, para dedicarlo al fondo de auxilio de la clase farmacéutica, y me ofreció que, de conseguirse dicha autorización, el Colegio de Farmacéuticos gustosamente dispondría que una parte del dinero que se obtuviera por tal concepto pasara al fondo del Auxilio Médico Mutuo de nuestra Asociación.

Tal parece que la fortuna ha querido aliarse a nuestros esfuerzos en este primer año de existencia del Plan de Auxilio Médico Mutuo, pues hasta la fecha sólo hemos tenido la tristeza de perder a uno de nuestros socios. Quiera Dios que este período de suerte se prolongue por mucho tiempo.

Legislación:

Como es de vuestro conocimiento el año pasado fracasamos a última hora en nuestros esfuerzos por conseguir que se aprobara por el Hon. Gobernador el Proyecto de Ley creando el Instituto de Medicina Legal; sin embargo, en aquella ocasión obtuvimos el ofrecimiento de nuestro primer ejecutivo, de aprobar el mismo en una próxima sesión de la Legislatura, siempre que se enmendara determinado artículo.

Así pues, este año, tan pronto la Legislatura dió comienzo a su sesión ordinaria nos apresuramos a renovar nuestras gestiones, y como en ocasiones anteriores, recurrimos a nuestro estimado amigo, el Dr. Julio A. Santos, para que presentara nuevamente dicho proyecto con la correspondiente enmienda. En relación con esta medida legislativa entrevistamos a los compañeros que forman parte de la Legislatura, obteniendo la cooperación de cada uno de ellos, y logrando que el mismo fuera aprobado tanto en la Legislatura como por el Hon. Gobernador.

Aunque el dinero asignado por la Legislatura escasamente cubre el sueldo que ha-

bría de pagársele a la persona que tenga a su cargo la dirección del Instituto, por lo menos hemos conseguido interesar a nuestros dirigentes en los asuntos de medicina forense, y es de esperarse que en un futuro cercano podamos ver realizado nuestro propósito de que Puerto Rico cuente con un Instituto de Medicina Forense, y lo que es más importante aún, con un grupo de médicos debidamente entrenados para poder comparecer ante las cortes de justicia en casos que demanden la presencia de peritos médicos.

El presidente de nuestro Comité de Medicina Forense, el Dr. Enrique Koppisch, y el Director de la Escuela de Medicina Tropical, organización que tiene a su cargo la creación del Instituto, están realizando actualmente gestiones para conseguir traer a nuestra Isla un hombre competente para ponerlo al frente de esta dependencia.

Además del anterior proyecto de Ley, al cual dimos nuestra mayor atención, nos interesamos en toda la legislación de carácter médico que fué presentada en la pasada sesión legislativa. Objetamos a la aprobación del Proyecto del Senado 133, que autoriza al Board de Médicos a expedir licencias temporeras, sin examen, por entender que dicha medida en nada beneficiaría al pueblo puertorriqueño, y por el contrario podría redundar en perjuicio de la salud de nuestro pueblo. Dicho proyecto de ley fué aprobado, pero afortunadamente son muy pocos los médicos que se han acogido a ella, y por lo regular son compañeros graduados de universidades reconocidas, y con una sólida preparación.

Este año estuvimos en peligro de que fuera eliminada del presupuesto la cantidad de $1,000 asignada el año pasado por la Legislatura para el premio al mejor trabajo de medicina que se realice en Puerto Rico; pero gracias a la cooperación decidida que encontramos en todos los legisladores a quienes acudimos, la misma fué finalmente incluída en presupuesto.

Otro proyecto en el cual tuvimos oportunidad de intervenir activamente, fué el P. de la C. 108, organizando el Colegio de Cirujanos Menores. A principios de año fuimos invitados a concurrir a dos o tres reuniones de la Asociación de Cirujanos Menores de Puerto Rico, en cuyas reuniones se discutió la necesidad y conveniencia de colegiar dicha profesión, y fué solicitado nuestro concurso, así como el de otros compañeros médicos, para conseguir la aprobación de dicho proyecto, el cual se convirtió en Ley durante la pasada sesión legislativa.

Queremos aprovechar esta oportunidad para reiterar nuevamente nuestro sincero agradecimiento al Dr. Julio A. Santos, quien en todo momento nos brindara su más decidida cooperación, así como a los doctores Susoni, Figueroa, Arrillaga, Herrero y García de Quevedo, quienes igualmente cooperaron al éxito de nuestras gestiones ante la Legislatura Insular. Asimismo queremos hacer llegar la expresión de nuestra gratitud al Hon. Luis Muñoz Marín, al Hon. Rexford G. Tugwell, y a los demás miembros de la Legislatura que colaboraron desinteresadamente en bien de la clase médica del país.

Premio al Mejor Trabajo de Medicina:

Por fin este año hemos tenido el privilegio de ver que la clase médica ha respondido a nuestro llamamiento para que concurrieran al concurso para el otorgamiento del premio creado por la Legislatura Insular, a iniciativa nuestra, el año pasado.

En el concurso de este año se han presentado doce trabajos, algunos de ellos de gran mérito, y que demuestran que la clase

médica de Puerto Rico, también puede producir ciencia, cuando hay algo que le aliente.

En la sesión inaugural de la presente asamblea, el Hon. Gobernador de Puerto Rico hará entrega del premio al autor del trabajo que ha resultado laureado. Que esto sirva de estímulo a todos los demás colegas de la isla, para que el próximo año, en vez de doce, concurran veinte o treinta; pues aunque no todos serán premiados, por lo menos estarán contribuyendo los concurrentes a realzar el prestigio científico de nuestra isla.

Permítasenos aprovechar esta oportunidad para testimoniar nuestra gratitud a todos los compañeros que participaron en el concurso, así como a los miembros del Comité Científico de nuestra Asociación, quienes actuando como jurado, realizaron una labor digna del mayor encomio.

Campaña Pro Venta de Bonos:

Como es del conocimiento de todos ustedes, en nuestra última asamblea anual, y por sugerencia del querido amigo, Dr. Ramón M. Suárez, se llevó a efecto una campaña Pro Venta de Bonos de Guerra, entre los compañeros y demás personas que concurrieron a dicho acto.

Tenemos hoy la satisfacción de informar que dicha actividad tuvo un éxito completo, al haberse vendido la cantidad de $62,725 en bonos de guerra, aparte de que muchos colegas se comprometieron a obtener bonos todos los meses mientras dure el conflicto actual.

Comités:

En la última reunión anual de este cuerpo, se acordó limitar los comités permanentes de nuestra Asociación a aquellos que en el pasado habían demostrado ser de verdadero provecho a la colectividad. Así pues, este año solamente hemos trabajado con los siguientes comités:

Junta Editora del Boletín
Comité Científico
Comité de Legislación
Comité de Educación
Comité de Medicina Forense
Comité de Propaganda
Comité de Cáncer
Comité de Biblioteca
Comité de Salud Pública y Beneficencia

Una gran parte de dichos comités ha realizado labor de verdadero provecho para nuestra colectividad, labor de la cual os darán cuenta los presidentes en sus respectivos informes.

Además de estos comités de carácter permanente, esta presidencia mantuvo en funciones el Comité de Damas, el cual también desempeñó con gran interés su cometido.

La Clase Médica ante el Público:

A mediados de junio, habiéndonos percatado de que nuestra profesión va perdiendo, a pasos agigantados, la estimación, el respeto y el cariño de que gozara en fecha no lejana entre el público, decidimos nombrar un Comité de Relaciones Públicas para que se ocupe de llevar a conocimiento del público, a través de programas de divulgación en la radio, y de conferencias expresamente preparadas para consumo del público, así como de escritos en la prensa diaria, la labor que hasta ahora ha venido realizando, calladamente, la profesión médica, en bien de los habitantes de nuestra isla.

Este Comité ha trabajado con gran entusiasmo y ha esbozado un plan de grandes proporciones que, de realizarse, indu-

dablemente obligaría a nuestro pueblo a reaccionar de manera muy distinta hacia la clase médica. Dicho plan tiene en principio el endoso de nuestra Directiva. Recomendamos a la Cámara que le dé una debida consideración, para que, de ser de su conformidad, el mismo pueda ser llevado a la práctica el próximo año por los que nos sucedan en la dirección de la Asociación.

Por nuestra parte, asumimos la responsabilidad de organizar una conferencia mensual de sabor médico-social, de manera que a las mismas pudieran concurrir personas no médicas. Se celebraron cuatro de estas conferencias en estos últimos meses, y sinceramente confiamos en que dicho programa sea continuado el próximo año, ya que es éste el mejor medio de hacer llegar a conocimiento del público el interés con que nuestra clase afronta cuantos problemas se relacionan con la salud y el bienestar de nuestro pueblo.

Aprovechamos asimismo, todas las asambleas de distrito, para hablar a todos los colegas, sobre la necesidad de realizar cuantos esfuerzos estuvieran de nuestra parte, por conseguir que la clase médica, colectivamente hablando, vuelva a gozar de la estimación y el cariño del público en general.

Visitantes distinguidos:

En enero de este año tuvimos el grato privilegio de ser visitados por el distinguido médico español, Dr. Gustavo Pittaluga, quien goza de fama internacional. El Dr. Pittaluga honró nuestra Asociación con una de sus muy interesantes conferencias sobre hematología.

Durante los días de nuestra asamblea tendremos entre nosotros a dos distinguidos colegas de los Estados Unidos, el Doctor Hobart A. Reimann, Profesor de Medicina en la Universidad de Jefferson, y el Doctor Udo J. Wile, médico consultor del Servicio de Salud de los Estados Unidos, y uno de los más connotados especialistas en sifilología de los Estados Unidos. Es también muy probable que nos visite el Dr. Ignacio González Guzmán, de la Facultad de Medicina de la Universidad de México.

Asociaciones de Distrito:

De todos vosotros es conocido el magnífico trabajo de índole científico realizado este año por las Asociaciones de Distrito.

Este año tuvimos la fortuna de que se llevaran a efecto todas las asambleas de distrito, y no obstante las dificultades en transportación a que ha dado lugar la emergencia actual, todas estuvieron a la altura de las celebradas en otras ocasiones tanto por los programas científicos, como por los actos sociales, que pusieron a prueba nuevamente el alto espíritu de compañerismo que siempre ha reinado entre los médicos que ejercen su profesión en Puerto Rico.

Nuestra Asociación y los Médicos extranjeros:

Desde que la Legislatura Insular aprobó el año pasado la ley que autoriza al Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico a admitir a exámenes especiales de reválida a médicos extranjeros que quisieran ejercer su profesión en nuestra Isla durante el actual período de emergencia, hemos estado actuando a manera de embajadores de buena voluntad, tratando de allanarle dificultades a aquellos compañeros de las repúblicas vecinas que han querido acogerse a dicha Ley, y obran en nuestros archivos infinidad de comunicaciones a ese respecto. De modo pues, que nuestra actitud hacia los médicos extran-

jeros ha sido en todo momento, la de cooperación absoluta, sin que en ningún momento hayamos tratado de entorpecerles en sus deseos de venir a nuestra Isla a acogerse a la Ley antes mencionada, y mucho menos en su labor profesional una vez se encuentran en Puerto Rico.

No obstante esta actitud nuestra, en la edición de El Imparcial, correspondiente al día 6 de agosto del año en curso, y bajo la firma del Sr. Ramón M. Díaz, reporter de dicho diario, apareció un suelto en el cual se afirmaba que la Asociación Médica había iniciado una campaña de persecución contra dichos compañeros y había conseguido que el Servicio Selectivo llamara a servicio activo a varios de estos médicos.

Después de una serie de consultas con los demás compañeros de directiva, con oficiales del Servicio Selectivo, con el fiscal federal y con el propio Director de "El Imparcial", dimos a la publicación una nota refutando las manifestaciones hechas por el Sr. Díaz, cuya nota apareció en "El Imparcial" del día 9 de agosto. Esta contestación nuestra dió motivo a un nuevo escrito del Sr. Díaz, publicado en "El Imparcial" el día 10 de agosto, y en el cual dicho señor pretendía llevarnos al terreno personal. Como ya habíamos cumplido nuestro deber, es decir, el de aclarar la posición de la Asociación Médica en dicho asunto, no creímos preciso continuar las discusiones en la prensa, y optamos por permanecer callados, en la esperanza de que alguno de dichos médicos extranjeros, a quienes mejor que a nadie les constaba cuál había sido nuestro proceder para con ellos, se dignara contestar por nosotros las falsas acusaciones del Sr. Díaz. Nuestra esperanza fué en vano, ya que ni uno sólo de dichos compañeros se tomó la molestia de desmentir las aseveraciones hechas por el Sr. Díaz.

Tribunal Examinador de Médicos:

Este año se registraron varios cambios en el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico, con motivo de haberse vencido el término de los doctores J. Garrido Collazo y Francisco R. de Jesús, y haber presentado la renuncia de su cargo el Dr. Mariano B. Caballero. Cuando ocurrieron las dos primeras vacantes, el Honorable Gobernador recomendó a la Legislatura el nombramiento de dos distinguidos compañeros de esta capital para ocupar dichos cargos, que por Ley debían ser ocupados por médicos residentes fuera de la capital. Esta recomendación hecha por el Hon. Gobernador no obedeció a recomendaciones de nuestra Asociación, y como este era un proceder que estaba en conflicto con la Ley que rige el ejercicio de la profesión médica en Puerto Rico, que concede a nuestra Asociación el privilegio de recomendar al Gobernador candidatos para ocupar los cargos que puedan vacar en el Tribunal Examinador de Médicos, enviamos inmediatamente un telegrama al Gobernador solicitando dejara sin efecto su recomendación, y destacamos a nuestro secretario, el Dr. Martínez Rivera, para que se enterara personalmente de lo que había dado motivo a dicha actuación por parte del Gobernador. El Dr. Martínez Rivera se entrevistó con el Secretario Ejecutivo, pudiendo comprobarse que todo se había debido a un error por parte de dicho funcionario. El Gobernador procedió entonces a retirar los candidatos por él sometidos, y a nombrar otros dos de acuerdo con las ternas que le fueron enviadas por la Asociación. Demás está decir que nuestra actuación en este asunto se debió única y exclusivamente a nuestro deseo de hacer valer los derechos adquiridos por la Asociación, y no a que los compañeros recomendados por el Gobernador en primera

instancia no tuvieran el endoso unánime de nuestra entidad.

Miembro fenecido:

El día 3 de marzo del año en curso tuvimos la desgracia de perder a uno de los miembros más destacados de nuestra Asociación, el Dr. Rafael López Nussa, quien por muchos años estuvo íntimamente relacionado con todos los asuntos de esta agrupación.

El cadáver del Dr. López Nussa fué traído a nuestro domicilio social, donde permaneció en capilla hasta la hora del sepelio, habiendo recibido los honores a que era acreedor un colega de sus méritos.

Impuesto de la Victoria:

Teniendo en consideración que el médico se ve precisado a incurrir en grandes erogaciones para poder obtener sus ingresos, con fecha 13 de mayo del año en curso consultamos al Hon. Tesorero de Puerto Rico, en cuanto a los descuentos que podríamos hacer al llenar nuestras planillas a los efectos de pagar al Tesorro el impuesto del 5% de la Victoria.

Nuestra consulta fué contestada por el Hon. Tesorero con fecha 25 de mayo, dándonos una detallada explicación de los casos en los cuales estarían los médicos autorizados a realizar descuentos. Dicha carta del Hon. Tesorero fué mimeografiada y enviada a todos los miembros de la Asociación para su conocimiento.

Médicos de Sanidad:

En su reunión anual del 1942 esta Cámara de Delegados tomó el acuerdo de solicitar del Hon. Comisionado de Sanidad, como un medio para mitigar en parte la escasez de médicos en nuestra Isla, el que se permitiera a los médicos adscritos a su departamento con carácter *full time,* el poder ejercer la profesión durante sus horas libres.

A principios de enero del año en curso comunicamos dicho acuerdo personalmente al Dr. Fernós Isern, y más tarde, con fecha 16 de enero, confirmamos nuestra petición por escrito. Como para el mes de mayo, aún no habíamos tenido el placer de recibir contestación del Hon. Comisionado de Sanidad, volvimos a escribirle con fecha 15 de dicho mes, y esta vez enviamos la carta por conducto del Dr. Martínez Rivera, para conseguir que la misma llegara a manos del Dr. Fernós. En esta ocasión el Dr. Fernós nos ofreció ocuparse del asunto tan pronto completara la reorganización del Departamento, y con fecha 6 de agosto recibimos la siguiente comunicación autorizada por el Dr. José N. Gándara, en su carácter de Comisionado de Sanidad Interino, y la cual se explica por sí misma:

"Estimado Dr. Pila:

"Me refiero a sus comunicaciones con relación al acuerdo de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico solicitando del Comisionado de Sanidad que se autorice a los médicos en servicio "Full time" para ejercer su profesión privadamente.

"Después de un estudio de los deberes de los médicos del Departamento de Sanidad en cuanto a cómo podrían afectarse por el ejercicio privado de la profesión, hemos adoptado la norma de no autorizar el mismo a los Oficiales Médicos de las Unidades de Salud Pública ya que las funciones de estos cargos naturalmente se comprometerían por las relaciones de médico a enfermo que pudieran establecerse. Sin embargo, no tenemos objeción a que estos Oficiales Médicos contribuyan a la beneficencia pública en horas que no conflijan con sus obligaciones como tales Oficiales Médicos de Sanidad.

"En cuanto a los otros médicos "Full time" nuestra norma será la de considerar cada caso por sus propios méritos, tomando en cuenta la naturaleza del trabajo, y las necesidades de la población en que residen. Con respecto a la beneficencia municipal en sí habremos de tomar una política liberal de franca cooperación con todos los municipios.

"Confiando que estas normas sean del agrado suyo y la Cámara de Delegados, quedo de Ud.,

Muy cordialmente,

(Fdo.) *José N. Gándara*, M. D.
Comisionado de Sanidad Interino"

Día del Libro:

Como es de vuestro conocimiento, uno de los días de la presente asamblea anual será dedicado a homenajear el libro. Esta actividad se debe a la sugerencia hecha por uno de los miembros de nuestro Comité de Biblioteca, el Dr. A. Rodríguez Olleros, quien, dicho sea de paso, por encontrarse fuera de Puerto Rico durante el mes de noviembre, no pudo colaborar como él hubiera querido, en la organización de dicha actividad.

No obstante dicho inconveniente, hemos hecho lo mejor que se ha podido dentro de las circunstancias, con la idea no sólo de despertar el interés de la clase médica y del público en general hacia la conveniencia de adquirir y leer buenos libros, sino también con el propósito de obtener para nuestra biblioteca una colección de libros de actualidad.

Ultimamente, por limitaciones de espacio, y otros inconvenientes motivados por la emergencia actual, hemos tenido la biblioteca de la Asociación bastante abandonada; pero la directiva actual ha dado varios pasos tendentes a obtener su mejoramiento, y es de esperarse que el próximo año, la misma pueda ponerse a funcionar como es debido.

Entre las ideas que hemos esbozado con el propósito de hacer nuestra biblioteca de valor para todos los miembros de la Asociación y demás personas interesadas, está la de conseguir tener aquí un catálogo completo de las obras con que cuenta la Biblioteca de la Escuela de Medicina Tropical, y si posible, los catálogos de otras bibliotecas locales, de manera de tener a mano una relación completa de toda la bibliografía médica existente en nuestra isla.

Digesto Médico:

Una de las cosas que consideramos sería de gran interés para todos los médicos de Puerto Rico, sería la de tener al alcance una relación completa de todas las leyes y reglamentos relacionados con la práctica de la medicina en nuestra Isla.

A tal efecto nos ha parecido conveniente publicar en todas las ediciones del Boletín de la Asociación una de las leyes, en forma tal que la misma pueda ser fácilmente despegada de la edición para ser archivada aparte y formar el Digesto Médico una vez se hayan publicado todas las leyes.

El Lcdo. Matos, de la ciudad de Ponce, ha aceptado muy gustosamente la encomienda que le hemos hecho, de recopilar todas las leyes de carácter médico, y es muy posible que a principios del próximo año podamos dar comienzo a la publicación del Digesto Médico.

Edificio:

A principios del año pasado, cuando la organización de Defensa Civil de nuestra isla pasaba por serios inconvenientes al no encontrar un alojamiento apropiado en los

edificios del Gobierno, y estando al frente de dicha institución un distinguido compañero nuestro, el Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick, gustosamente cedimos, sin remuneración alguna, la planta alta del edificio de la Asociación, para que fuera instalada en él la Oficina Central de la Defensa Civil de Puerto Rico. Consideramos que tal era nuestro deber, en aquel entonces, para una entidad que habría de tener a su cargo la protección de nuestra población civil en caso de un ataque enemigo a Puerto Rico.

Hoy, cuando el peligro parece haberse alejado de nuestras playas; cuando la Defensa Civil cuenta con otras facilidades en donde poder acomodar sus oficinas, y próximo a retirarse el Dr. Muñoz Mac Cormick del cargo de Director Ejecutivo General de dicha organización, solicitamos y obtuvimos el que se desocupara nuestro edificio. Así pues, tendremos la satisfacción, cuando nos retiremos de la presidencia, de poder entregar a nuestros sucesores el edificio de la Asociación, tal como viniera a nuestras manos, quizás mejor, ya que como habéis visto, la Defensa Civil, a fin de poder acomodar debidamente su personal, procedió a cubrir ambas terrazas a los extremos del edificio.

Era nuestro propósito haber celebrado esta asamblea íntegramente en nuestro edificio, pero teniendo en cuenta que el local nuestro solamente ofrece cabida para alrededor de 120 personas, decidimos acogernos nuevamente a la hospitalidad que en todo momento nos ha brindado el Director de la Escuela de Medicina Tropical, y celebrar en el anfiteatro de dicha institución los actos científicos y sociales, así como las exhibiciones de carácter comercial.

Creemos que ya es hora de que vayamos pensando en extender las facilidades de nuestro edificio. La directiva actual consideró tal posibilidad, y nuestro dirigente secretario, el Dr. Martínez Rivera, consiguió que un ingeniero amigo le preparara los planos al efecto; pero los cálculos hechos nos probaron la impracticabilidad de realizar dicha obra en estos tiempos de emergencia, ya que lo que en tiempos normales nos costaría de $3,000 a $4,000, ahora cuesta alrededor de $6,000 o $7,000, si es que se logran obtener las prioridades correspondientes.

Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico:

Otro de nuestros propósitos originales al asumir la presidencia de la Asociación, el de publicar la obra sobre Historia de la Medicina y Cirugía en Puerto Rico, que desde hace varios años tiene preparada el Dr. Manuel Quevedo Báez, ha tomado visos de realidad en estos últimos meses, gracias a la cooperación que nos han prestado las clínicas y hospitales más abajo mencionados, que ha hecho posible el que podamos afrontar la publicación de la obra sin que ello signifique erogación alguna para nuestra Asociación.

Nuestro plan de incluir al final del libro un capítulo dedicado al movimiento hospitalario en Puerto Rico, mereció la aprobación de todos los dueños de clínicas y hospitales a quienes acudimos en solicitud de ayuda, habiendo logrado levantar entre éstas un fondo de $2,550.00.

Las clínicas que hasta ahora han contribuído son las siguientes:

Auxilio Mutuo	$250.00
Clínica Dr. Pila	250.00
Clínica Fernández García	150.00
Clínica Dr. Font	150.00
Hospital Díaz García	150.00
Hospital San José	150.00
Instituto Oftálmico	150.00
Clínica San Miguel	150.00

Escuela de Med. Tropical	150.00
Clínica Dr. Susoni	150.00
Hospital de Damas	150.00
Hospital Presbiteriano	150.00
Clínica Juliá	100.00
Preventorio de Guaynabo	100.00
Clínica Dr. Perea	100.00
Clínica San Rafael	100.00
Hospital San Lucas	100.00
Clínica Oriente	50.00

Además de esto, hemos conseguido en la ciudad de Ponce una imprenta de un amigo nuestro, que viene trabajando con gran entusiasmo en la impresión de la obra, a un precio sumamente reducido, en comparación con el precio que se nos pidió en imprentas de la capital. Esperamos que la obra pueda quedar totalmente impresa para mediados del próximo año.

La Escuela de Medicina:

Nuevamente hállase ante la opinión pública de nuestro país la necesidad de establecer en Puerto Rico una Escuela de Medicina. La prensa diaria, el Hon. Comisionado de Instrucción, el Canciller de la Universidad, y distintos sectores de opinión han vuelto a expresar sus puntos de vista sobre el particular, favoreciendo todos el que se establezca dicha escuela.

A mediados del año en curso el Canciller de la Universidad, Sr. Jaime Benítez, solicitó de los doctores Ramón M. Suárez, Oscar Costa Mandry, y el que suscribe, que le diéramos nuestra opinión, como médicos particulares, en torno a la posibilidad de crear en Puerto Rico una Escuela de Medicina. El Dr. Costa Mandry preparó un muy elaborado estudio sobre el particular, el cual fué íntegramente endosado por el Dr. Suárez y el suscribiente, no en nuestra capacidad oficial, sino como médicos particulares.

La actitud de nuestra Asociación con respecto a este problema es bien clara: ha sido expuesta, mediante nuestro Comité de Educación, a las autoridades de nuestro país. La Asociación Médica de Puerto Rico favorece ciento por ciento el establecimiento de una Escuela de Medicina en nuestra Isla, siempre que ésta sea una escuela clase A; pero condena y se opone enfáticamente a que nuestra Isla sea dotada de una Escuela de Medicina que no reúna los requisitos de un Colegio clase A, ya que ello rebajaría el standard actual de nuestra profesión, y redundaría en perjuicio de nuestra población enferma.

Nos parece que esta Cámara debe dejar terminantemente claro el modo de pensar de nuestra clase en este particular. Nuestro Comité de Educación, ha hecho ya un concienzudo estudio de este asunto, y el mismo se halla ante la consideración de la Honorable Legislatura Insular.

Notas finales:

Nuestras relaciones con las organizaciones de Gobierno, así como las entidades particulares con las cuales nuestra profesión se relaciona, han sido en extremo cordiales. La Escuela de Medicina Tropical ha estado fuertemente unida, codo con codo, a nuestra Asociación, en todos los problemas científicos, sociales y de interés general. En cambio, nuestras relaciones con los municipios, en lo que atañe al médico, no han sido tan favorables. A este respecto, deseo hacer mención a la actitud del Sr. Alcalde de Naguabo, quien ni siquiera se tomó la molestia de contestar nuestras cartas y telegramas relativas a nuestra intervención en defensa de los derechos de un compañero.

En las contingencias inesperadas que fortuitamente se han presentado en la vida profesional de nuestros compañeros, en su

calidad de médicos funcionarios, siempre hemos encontrado para la solución de las mismas, el más elevado espíritu de comprensión, en las altas esferas ejecutivas del Departamento de Sanidad.

Tal ha sido, a grandes rasgos, la labor realizada por nosotros en la presidencia de nuestra Asociación. Hemos hecho cuanto ha estado a nuestro alcance por cumplir fielmente nuestro cometido, velando únicamente por el bienestar individual y colectivo de nuestros asociados, y sin reparar en sacrificios de género alguno. Si en algún momento hemos fallado, podeis estar en el pleno convencimiento de que lo hemos hecho sin intención de perjudicar a nadie. Siempre que hemos actuado en algún asunto lo hemos hecho en defensa de los derechos de nuestra clase.

De mis compañeros de Directiva sólo puedo decir que al alto espíritu de cooperación por ellos demostrado, y a su decidido deseo de servir a nuestra Asociación, se debe íntegramente, el éxito que hayamos podido obtener en nuestras actuaciones. Para ellos todos, mi sincera gratitud y eterno reconocimiento. Para los miembros de la Cámara de Delegados, el testimonio de mi profundo agradecimiento por la confianza que en mi depositaron al permitirme dirigir nuestra Asociación durante los pasados dos años.

PUBLIC SUPPORT FOR THE SOLUTION OF PUBLIC HEALTH PROBLEMS IN PUERTO RICO*

R. A. VONDERLEHR, M. D.

Medical Director U. S. Public Health Service

San Juan, Puerto Rico

The health officer unfamiliar with conditions in the Caribbean is impressed upon arrival in Puerto Rico with several striking factors affecting the public health: (1) The dense, almost suburban distribution of the population throughout the siland; (2) the malnutrition which exists on what should be a tropical island of plenty; (3) the high prevalence of many diseases common in the temperate zone in a place with such an ideal climate; (4) lack of public interest in health and the archaic appearance of many facilities, especially those relating to environmental sanitation; and (5) the comparatively benign character of some of the so-called tropical diseases. The gracious charm of the people, an architecture greatly resembling old Iberia, and the ideal climate cause the same health officer to lose sight of the human suffering in such a delightful place —much needless suffering that can and will be stopped.

A solution of the problems of public health and medicine is bound up inextricably with numerous social and economic factors. On the continent, a physician would hesitate to use those two words "social" and "medicine" in the same sentence. In Puerto Rico, however, the organizational aspects of our indigent medical care program are solved. The entire public welfare program, including medical care for the needy, is placed administratively in our health department under the guidance of a physician. Such coordination of health, medicine and welfare is remarkable in the governmental organization of the States.

Our large population and high communicable disease rate requires a very concentrated and readily available type of medical and health service. Efficiency must be the first consideration if the people are to be adequately served, and this requires the most capable leadership on the part of all physicians participating in the program, from the Insular Health Commissioner to the interne serving his apprenticeship. Generally I have been impressed by the desire of Puerto Rican physicians to attain leadership, and by their earnestness and public-spirited attitude. Certainly nowhere have I seen the latter attributes displayed more by nurses, social workers and other scientists in medicine and public health. Yet health conditions here are not nearly as good as modern knowledge can make them. The secret, I believe, lies in the correct application of that knowledge and the provision of the wherewithal to insure this application.

Morbidity and mortality rates reflect our needs. For diarrhea and enteritis, the ratio is most appalling — 400 deaths annually per 100,000 population in Puerto Rico, 7 for continental United States. That comparison alone tells the story of failure

* Presented before the Puerto Rico Medical Association during its 1943 annual meeting. Dec. 11, 1943.

of application of modern knowledge. It points to the need for safe public water supplies and the futility of chlorinating raw surface water from densely populated watersheds without previous filtration. It points to the urgency of the best sewage disposal system adapted to the density of our population load. It calls for abattoirs where animals can be scientifically slaughtered without contamination of the meat by the dead animal's own feces, by flies, or by predatory animals seeking carrion. It calls for good milk, for refrigeration, for proper care and handling of food, and for a dozen other simple measures that common decency demands. But most of all it cries out for the support of the average man and the average woman, for the interest of all citizens in matters of hygiene and sanitation, and for public pride in community health. The prominent place the practicing physician holds in the community makes him one of the greatest forces in creating community pride and organizing public support.

One of the fundamental requirements of an effective environmental sanitation program deals with the necessity for insect-proofing of the places of abode for the entire population. As our knowledge of preventive medicine increases, insect and animal vectors become an increasingly important factor in public health. If only for the control of the enteric diseases and malaria, insect-proofing is well worth the cost. The frequency of sickness and death from malaria alone is eloquent proof of my statement. The malaria death rate ratio between Puerto Rico and continental United States is almost 100 to 1.

One of the biggest surprises I have had since my residency on this island began, was to find that the most famous housing project here is completely devoid of any measures aimed at insect-proofing. Flies bearing fecal matter and other contaminants fly freely from one house to another. Mosquitoes infected with malaria have easy access, and no one knows the extent to which filariasis is transmitted under these conditions. I am told that there are two reasons why screening and insect-proofing are not done. The first of these is the initial cost and the need for periodic replacement of screens. My answer to this is that there is no more important field of welfare to subsidize than public health. Furthermore, the new plastic screens which are being produced give great promise of increased durability. The second reason for failure to screen is that the screens keep the breeze out and the people prefer enteritis, malaria, filariasis and perhaps death to screening. My answer to this, based on personal experience, is that our climate is delightful even when houses are thoroughly screened. This is one erroneous traditional belief toward which the medical profession should land all possible aid in teaching the real facts to the average man.

There is no adequate system of garbage removal in most of our cities. This is dangerous not only because delay in the proper disposal of garbage encourages the breeding of flies, but it also provides food and harborage for rats and promotes their reproduction. Endemic typhus spread is thus made possible and the threat of bubonic plague increased. No compromise of the people's health by the rat should be tolerated.

Tuberculosis is almost six times as serious a problem in Puerto Rico as in the United States as a whole. This is a field in which the activities of the health department have already begun to yield dividends for only a few years ago the tuberculosis death rate was astronomical indeed. Even more progress will be attained because the

rates are still far too high and the expanding control measures will be further extended. Before a reasonable degree of success in the control of tuberculosis can be attained, however, I feel certain that fundamental social problems relating to poverty, poor housing, and especially nutrition must be met.

There seems to be no inconsistency greater than that which relates to the nutritional requirements of our island. I refer to the one crop system which produces a food of low nutritional value when general biologic requirements are considered. This system causes neglect of the production of an adequate local food supply for the population and leads to the importation of foods inferior to those which might be produced here. The Food Conference of the United Nations at Hot Springs, Virginia, last spring had this to say about food production and health:

> "There has never been enough food for the health of all the people. This is justified neither by ignorance nor by the harshness of nature. Production of food must be greatly expanded; we now have knowledge of the means by which this can be done. It requires imagination and firm will on the part of each government and people to make use of that knowledge."

This statement applies particularly to Puerto Rico. Our mild climate and fertile land insures the production of a greatly expanded food supply for all the people of the island. Make sugar our main crop but not our *one* crop. Let us raise the bountiful supply of healthful tropical fruits and vegetables for home consumption of which we are capable.

The venereal diseases constitute one of the four most serious health problems in Puerto Rico. Our Insular Health Department for several years, aided by funds from the Public Health Service, has been able to wage an intensive campaign. Based on modern principles, this campaign includes provision for the earliest possible diagnosis, treatment with the most efficacious drugs available and known to medicine, the follow-up of contacts and delinquent patients, and the teaching of the facts to the average man regarding the venereal diseases —what they are, how they are spread, how to control them, and how to prevent them. Once more we find that there is urgent need for public cooperation, as with all other phases of the public health program it is necessary that the man on the street know the facts and apply them in order that control may be attained.

One of the fundamental epidemiologic principles of venereal disease control has been totally neglected in Puerto Rico until recent months. I refer to the principle which requires that contact between healthy people, potential carriers and actual carriers of a communicable disease be prevented as far as possible if the disease is to be controlled. This is entirely ignored when a system of segregation or tolerated prostitution is established in any state or community. Even the most expert physician cannot be certain, on the basis of a single examination, that a prostitute is free of venereal disease or that she will remain free for one hour after the examination. The only efficient method of controlling venereal disease contacts is to insist that law-enforcement agencies generally enforce all laws against clandestine and professional prostitution. When adequate laws do not exist they must be passed by the responsible legislative body if the health department is to be able to carry on the proper type of venereal disease control program. In Puerto Rico at the present time there are areas in which public be-

haviour is comparable to, or worse than that which took place on the once famous "Barbary Coast" of San Francisco at the turn of the present century. Let us see that our law-enforcement agencies and our Legislature take the steps to correct this situation.

My remarks lead me to the recommendation that the members of the House of Delegates of the Puerto Rico Medical Association adopt the same resolution against prostitution that was adopted by the House of Delegates of the American Medical Association at the 1942 session of that nation-wide organization. In taking this action the House of Delegates of the American Medical Association made this statement:

> "It is inconceivable that any reputable physician should so degrade his profession and himself as to issue certificates to prostitutes to the effect that they are free from venereal disease. This is a baneful practice which encourages the maintenance of vice and may do incalculable damage by giving false assurance of safety and lead to an appreciable increase in venereal disease. Moreover, it tends to nullify the efforts of the duly constituted authorities, federal, state and local, to deal with the problem of prostitution by law enforcement and other accepted methods."

Nursing constitutes a very important segment of the total medical and public health pattern. The nursing profession in Puerto Rico is to be congratulated on its awareness of professional problems. Purposeful activity in solving these problems is shown by the number of active nursing organizations, the Bureau of Public Health Nursing in the Insular Department of Health, participation in the Public Health Association, Red Cross nursing activities, and the number of nurses now enrolled for advanced preparation.

The need for more graduate nurses in Puerto Rico is not a new one, but its impact is greater, its significance sharper perhaps at the present time. With the military and federal demands for nurses, the plan for hospitalization of venereal disease patients and other proposed hospital construction plans, we can expect no alleviation of the nursing crisis unless training facilities can be expanded materially. Moreover, the amount and quality of public health nursing service for the community is dependent upon the quality and quantity of production by our schools of nursing. The Bolton Act provides now an opportunity for acceleration and improvement in nurse education which may be long in coming again. The nursing profession should have the active support of every professional worker and every civic-minded citizen:

1—In stimulating the interest of high school graduates and college women in nursing as a profession;
2—In improving the working and living conditions of students and graduate nurses through provision of more nurses residences, laboratories and class rooms;
3—In providing more intensive educational opportunities through the establishment of a University School of Nursing;
4—In providing better trained faculties and more competent leadership through a plan for postgraduate study in teaching, in administration, and in the specialties, including public health; and,
5—In assuring that all nursing appointments and promotions are made on a basis of merit.

The so-called Six Year Plan of the

Puerto Rico Planning Board seems a comprehensive start toward the attainment of a better health program. Certainly, it deserves the study of every physician and his active support of all those measures that are scientifically sound. Indeed, it may even be desirable for the Puerto Rico Medical Association to study the Plan officially and to endorse it as a whole, or the portions which deal specifically with public health and medical services. Any consideration of the Plan should be on an impartial scientific basis by the best qualified physicians in medicine and public health.

The preventable diseases in the continental U. S. are not diseases which are peculiar to the Democrats, the Republicans or the Progressives. Similarly, in Puerto Rico the Populares, the Socialistas, the Republicanos and the Nacionalistas are each equally susceptible to communicable disease and in need of adequate public health services. This teaches one great lesson: That public health is a career; that it must be headed by persons thoroughly qualified in this special field; and that health officers be given tenure of office and freedom to employ co-workers on the basis of capability and merit and not because of political expediency.

I have been told that the physicians of Puerto Rico in political life are among the most capable representatives of the people. I have great faith in the ability of physicians and in their integrity. I also have great faith in the desire of the Puerto Rico Medical Association to give to the people of the island every possible advantage which present-day preventive medicine offers. I know that our health officers are earnest crusaders. If collectively we are able to arouse and maintain public support, if we can stimulate the people to demand the application of the most modern principles, there can be no doubt about the future of public health on this island.

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN PUERTO RICO CON EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE LA LENGUA*

I. GONZALEZ MARTINEZ, M. D.

Santurce, P. R.

No pretendo abordar en todos sus aspectos el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la lengua. Me limitaré a exponer someramente el fruto de mi experiencia con este grupo de tumores durante los últimos cinco años en el Dispensario Clínico de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer.

El cáncer de la lengua es una enfermedad temible. Sus implicaciones con la muerte son siniestras. La importancia del órgano atacado, la variedad histológica del tumor, su frecuencia relativa, las penosas trabas que opone a la vida de relación y a las funciones digestivas, el grave deterioro que imprime a la salud del individuo y la gran mortalidad que causa, son motivos de honda preocupación entre los médicos que se dedican al estudio del cáncer.

Y, sin embargo, por las circunstancias etiológicas que preparan o determinan el estallido de la lesión, este cáncer no es difícil de evitar.

Descartando la predisposición hereditaria, que aunque irrevertible puede reprimirse con el empleo de medidas higiénicas de observación fácil y consuetudinaria, todos los demás factores que juegan papel importante en su aparición están sujetos al dominio sereno de la voluntad y al discreto ejercicio de los hábitos y las costumbres.

No ha de ser tiempo perdido, pues, dedicar en este momento algunos minutos a la enumeración de los factores etiológicos más comunes del cáncer lingual.

Si nos dispusiéramos a desterrar los malos hábitos, si lográramos evitar el contagio sifilítico o limpiar sin demora y a perfección nuestro cuerpo de sus impurezas, una vez el contagio consumado, y si pusiéramos mayor cuidado en la higiene y conservación de la cavidad bucal, albergue peligroso donde la lengua reposa, se mueve y trabaja, no hay duda que la incidencia de este cáncer se reduciría a la mínima expresión.

El efecto provocador y estimulante del tabaquismo en la génesis y desarrollo del cáncer bucal es un hecho que no admite discusión. Ningún especialista lo pone en duda. La literatura médica está llena de ejemplos notorios. La experimentación ha confirmado rotundamente las sospechas clínicas. Hasta hace poco creíamos que la nicotina era el principio cancerígeno del tabaco; más las pacientes y escrupulosas investigaciones del Profesor A. H. Roffo, Director del Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires para el estudio y tratamiento del cáncer, provocando el cáncer en animales de laboratorio mediante la insuflación de sus orejas con humo de tabaco o la embrocación de brea extraída de sus productos de combustión demostraron que la nicotina no juega papel en la génesis de este cáncer, mientras que la brea tabáquica manifiesta un poder carcinogenético superior al de la brea de hulla. Por otra parte, los interesantísimos trabajos experimentales que se están efectuando con los derivados del antraceno y otros hidrocarburos carcinogénicos por el Dr. Voegtlin y sus colaboradores en el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos,

* Leído ante la Asociación Médica de Puerto Rico, durante la asamblea anual del 1943. Dic. 12, 1943.

prestan apoyo valioso a las aseveraciones del eminente médico argentino.

Pero, ¿a fuer de qué mecanismo patogénico puede el tabaco fumado provocar la aparición del cáncer? La respuesta no es difícil: la corriente de humo cálido, conteniendo los principios cancerígenos es dirigida casi siempre al mismo sitio; allí se condensa la brea y se pone en contacto con la fina cubierta epitelial de la lengua; esta se irrita y se hiperemia, la submucosa se infiltra de linfocitos, el edema circunscrito sobreviene, erosiones leves aparecen, úlceras superficiales indoloras se manifiestan, la hiperplasia irritativa se declara, la acantosis brota y, finalmente, la transformación maligna de tipo epidermoide estalla.

La evolución de la metaplasia no ocurre, sin embargo, en poco tiempo, como a primera vista pudiera deducirse de nuestra descripción esquemática. Tarda, por el contrario, muchos años; y como no siempre se verifica, hay ocasiones de sobra para que otras causas provocadoras de índole local o constitucional participen activamente en el proceso.

Nuestra experiencia en el Dispensario de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer nos ha permitido acumular datos clínicos suficientes para sostener, sin miedo a error, que en este país el hábito de fumar o mascar tabaco es el excitante mayor del cáncer de la lengua. En efecto; desde que se estableció el Dispensario de la Liga, hemos examinado allí 83 personas referidas con ese diagnóstico; 47 varones y 26 hembras. El diagnóstico se confirmó en 74, de los cuales 56 eran varones y 18 hembras. El 55 por ciento, o sea 51, usaban tabaco.

Pero lo más interesante de esta observación es que entre las mujeres examinadas, habían ocho que estaban libres de cáncer y ninguna fumaba, mientras que 9 de las que sufrían cáncer tenían ese hábito.

Sigue en importancia al tabaco, como agente provocador de este cáncer, la infección luética. La incidencia en nuestros casos es el 12 por ciento. Su acción es indirecta, por las ulceraciones, fisuras, grietas, gomas, glositis crónica, leucoplasias, hiperplasias, verrugas, papilomas, cicatrices y atrofias que produce. El mecanismo patogénico es semejante al descrito.

Corresponde el tercer lugar a los traumatismos de la lengua por dientes cariados o defectuosos, por infecciones bucales o por agentes cáusticos. El mal alineamiento congénito de la dentadura, los aparatos de prótesis imperfectos o averiados, los rellenos sin pulimento, los dientes rotos y las raíces con aristas o espículas cortantes, ocasionan casi siempre mordeduras y abrasiones de la lengua, que repitiéndose a menudo, pueden inducir directamente la metaplasia cancerosa. De igual manera las cauterizaciones frecuentes con nitrato de plata o creosota y la piorrea alveolar son factores no despreciables por su potencia irritativa.

En nuestra estadística las infecciones y averías dentarias se encontraron en el 19 por ciento de los casos, asociados o no al tabaquismo o a la sífilis.

La frecuencia del cáncer de la lengua en nuestro dispensario resultó igual a 4.27 por ciento de todos los tumores malignos observados. Entre 1731 que se diagnosticaron, encontramos 74. El 75.7 por ciento ocurrió en hombres y el 24.3 por ciento, o sea la tercera parte, entre mujeres.

Desde el punto de vista anatomopatológico, este cáncer es casi siempre del tipo epidermoide y rara vez basocelular. Con excepción de un sólo caso de tipo mixto basocelular y epidermoide, todos los nuestros eran de células escamosas. La gradación o malignidad según la clasificación de Broders no se expresó en los informes de laboratorio y tuvimos que confiarla ten-

tativamente al aspecto clínico del caso y sus adenopatías satélites.

En cuanto a las formas clínicas, 66 eran de la ulcerativa, cuatro nodulares o infiltrantes, 2 vegetantes y 2 agrietados; no vimos casos de la forma atrófica. Uno de los pacientes portaba dos cánceres vegetantes de igual tamaño, tres centímetros, en el dorso del tercio anterior de la lengua, uno a cada lado del rafe. Por su extensión, exceptuando 4 que medían menos de tres centímetros, los demás eran cánceres mayores. En 58 encontramos adenopatías palpables el día de la primera visita.

Por su implantación original, los dividiremos en cuatro grupos como sigue: 20 cánceres de la base, 46 del borde, 5 de la cara inferior y 3 limitados al dorso. Los cánceres de la base nacen y se desarrollan por detrás de la V lingual, en la pendiente de este órgano que mira hacia la pared posterior de la faringe. Son de malignidad extraordinaria, con frecuencia indiferenciados y se acompañan de adenopatías voluminosas, casi siempre bilaterales. En la primera etapa de su evolución pasan disimulados, no acusan síntomas o cuando estos aparecen, son tan vagos que sólo el médico advertido podrá darles el justo valor diagnóstico. El enfermo cuenta una historia de renovados ataques de malestar faríngeo, muy fugaces y casi indoloros al principio, más intensos, más frecuentes y más duraderos después, hasta que la molestia es constante; se queja también de acumulación anormal de flema y saliva en la garganta, con el deseo incontenible de gargajear para expulsarla; después sobreviene ligera disfagia, aparecen rayas de sangre en el esputo, se altera la voz y la dicción se vuelve torpe y difícil. Ocurre muchas veces que, con este síndrome en todo su apogeo, el examen practicado por el médico general no aclara el diagnóstico, porque no encuentra el tumor. Se necesita entonces examinar con el espejo laríngeo manejado por un especialista hábil.

El cáncer del borde es el más frecuente de todos y, por lo comun, es un epitelioma escamocelular de tipo diferenciado, grupo I o II de Broders. Su diagnóstico es relativamente fácil, porque está a la vista y puede palparse y observarse. Su malignidad es menor que la del epitelioma de la base, pero su radioresistencia es mayor. En nuestra serie figura con 46 casos.

Cáncer de la cara inferior: También es fácil de diagnosticar. Aunque suele ser tan frecuente como el de la base, en nuestra serie, sin embargo, solo figuran 5 casos, porque hemos eliminado expresamente los propios del suelo de la boca. Su malignidad es mayor que en el borde. Sus adenopatías características ocurren en la región suprahioidea.

El cáncer limitado al dorso se incluye, por lo general, entre los cánceres del borde, por ser de igual tipo histológico y tener las mismas propagaciones linfáticas. Nuestra serie registra tres casos; uno de ellos, muy extenso, fijó la lengua al suelo de la boca.

El diagnóstico del cáncer lingual sólo puede ofrecer dudas cuando empieza, porque se le podría confundir con papilomas simples, verrugas, leucoplasias hiperqueratósicas, tumores benignos y úlceras traumáticas. Todas estas lesiones, excepto las úlceras inflamatorias, son indoloras; mientras que en el cáncer, particularmente si está ulcerado, el dolor raras veces falta. Con frecuencia los neoplasmas de la cara inferior y de la base transmiten, por conducto del nervio lingual o del glosofaríngeo, irradiaciones dolorosas al nervio auriculotemporal, que se manifiestan por otalgias tenaces y rebeldes, de gran valor diagnóstico. En tales casos la intervención quirúrgica es aconsejable, porque sirve de

biopsia y porque resuelve también el problema terapéutico.

En períodos más avanzados el diagnóstico diferencial debe de establecerse mayormente con las manifestaciones locales de la sífilis y de la tuberculosis, sin descuidar la actinomicosis y los tumores benignos. El chancro sifilítico de la lengua es raro; cuando ocurre, se acompaña de adenopatías cervicales precoces, que son bilaterales, amalgamadas, difusas, blandas y sensibles a la palpación, además de la presencia en la úlcera del germen específico. El goma sifilítico es poco doloroso, no se acompaña de infartos ganglionares, evoluciona con lentitud y, cuando revienta, los bordes de la úlcera que deja están socavados y son menos duros que en el carcinoma. La reacción de Wassermann es positiva.

Las úlceras tuberculosas son blandas, planas, muy sensibles a la palpación, duelen espontáneamente, presentan bordes irregulares, desgarrados y coinciden con lesiones tuberculosas pulmonares o laríngeas.

La actinomicosis se reconoce por sus granos amarillos característicos y por la consistencia leñosa del tumor.

El éxito del tratamiento de este cáncer depende, ante todo, de que haya o nó invasión de los ganglios linfáticos tributarios y, en segundo lugar, de la localización, tamaño, carácter microscópico y tipo histológico del tumor.

El tratamiento puede ser quirúrgico o radiológico. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico quedan limitadas a la resección de los cánceres incipientes de la punta o de los bordes y a la extirpación completa de los ganglios cervicales palpables mediante la célulo-adenectomía radical. También se aplicará a las recidivas que ocurren después de una curieterapia bien calculada y ejecutada. Ya no se practica la glosectomía total a lo Morestin, sino, cuanto más, una exéresis parcial que sólo interese un segmento de la mitad anterior de la lengua. En dos de nuestros casos, con lesiones menores de dos centímetros en el dorso de la lengua, se practicó la resección electrotérmica del tumor; pero ambos se trataron pocos días después con aplicaciones intersticiales de radium; y uno de ellos recibió, además, roentgenterapia profiláctica sobre los ganglios cervicales. En todos los otros casos empleamos la radioterapia únicamente, utilizando según el aspecto clínico, la zona de implantación del tumor, la extensión de las lesiones y la importancia de la invasión linfática, unas veces roentgenterapia exclusiva, otras la combinación de radium y rayos X y en unos pocos, radium nada más. La roentgenterapia se llevó a cabo con los factores siguientes: 220 KV; Filtro Thoreo, equivalente a 2 mms. de cobre; D. 50 cms.; 3 campos de ataque, dos laterales y uno submentoniano; los laterales de dimensiones apropiadas, según el caso, para abarcar totalmente el drenaje linfático de la lengua; una sesión diaria hasta dar sobre la piel 3,000 a 3,500 rayos por campo, en no menos de 30 días.

La curieterapia se practicó de acuerdo con los principios establecidos por el Instituto de Radium de la Universidad de París y copiando la técnica que aprendimos del profesor Monod. Utilizamos agujas largas de 27 milímetros con foco activo de 20 milímetros y pared de medio milímetro de espesor; cada aguja está cargada con 1 milígramo y 33 centésimas de radium. Después de calcular exactamente la dosis, que debe fluctuar, según el caso, entre medio y un milicuri destruido por centímetro

cúbico de tumor, las clavamos verticalmente en su periferia, medio centímetro por fuera del margen palpable, o las insertamos horizontalmente en la cara profunda. La dosis debe de administrarse lentamente en 6 u 8 días para evitar la radionecrosis.

Aunque nuestras observaciones abarcan un total de 74 casos, no podemos, sin embargo, considerar más que 61; porque los 13 restantes no recibieron tratamiento completo, debido a que algunos lo abandonaron, otros lo rehusaron y dos habían sido tratados en otra parte.

Los 61 que vamos a informar se descomponen así:

El primer grupo lo forman 17 epiteliomas de la base de la lengua, que todos se trataron exclusivamente con rayos X; dos curaron, 8 murieron y 7 se encuentran extraviados o en observación.

El segundo grupo comprende 37 epiteliomas del borde; de ellos tratamos 14 con rayox X exclusivamente, por el motivo de que asentaban en el tercio posterior; hay tres curados, 4 muertos y 7 en observación. Tratamos 5 con radium exclusivamente y de ellos hay 3 curados y 2 en observación. Empleamos la combinación de curieterapia intraoral y roentgenterapia externa en 18 casos, con el resultado de que 2 curaron, 9 murieron y 7 se encuentran extraviados o en observaeión. De este grupo 8 curaron, 13 murieron y 16 se encuentran extraviados o en observación.

El tercer grupo comprende 4 epiteliomas de la cara inferior de la lengua. Tres se trataron exclusivamente con rayos X y uno con radium solamente. Ningnno curó, ninguno ha muerto. Todos se encuentran en observación.

El cuarto y último grupo no cuenta más que con 3 epiteliomas limitados al dorso. Dos se trataron exclusivamente con radium y uno con rayos X nada más. Los 2 que se trataron con radium están curados y el otro en observación.

En resumen: De los 61 casos que estamos considerando, 35 se trataron exclusivamente con rayos X, 18 lo fueron con la combinación de rayos X y radium y 8 con radium solamente. Hay curados 12, o sea, el 20 por ciento, muertos 21, o sea el 34 por ciento y extraviados o en observación 28, o sea, el 46 por ciento.

En cuanto al éxito de los diversos métodos, la aplicación exclusiva de radium produjo el 62 por ciento de curaciones, la combinación de radium y rayos X un 11 por ciento y la aplicación de rayos X solamente, el 14 por ciento.

Este análisis demuestra que en los cánceres incipientes de la lengua sin adenopatías palpables, la curieterapia intersticial sola alcanza una curabilidad de 62 por ciento.

Debemos advertir que nuestra labor se realizó en condiciones muy difíciles. Sólo tuvimos la cooperación de un escaso número de colegas altrnistas. Nuestras demandas de auxilio ante el gobierno de Puerto Rico fueron desatendidas. La indiferencia del Negociado de Beneficencia Insular nos agobia. Por este motivo no pudimos dar a la cirugía el papel que debió desempeñar en la prevención y tratamiento de las metástasis cervicales, circunstancia que causó la pérdida de casos que podrían haberse curado. De ahí que obtener, trabajando con tan serio inconveniente, el 20 por ciento de curaciones entre 61 enfermos que, de no recibir tratamiento, hubieran

muerto antes de los 18 meses, promedio de vida para el cáncer no tratado, puede considerarse un éxito brillante. No es el éxito ideal. Pero nadie lo ha obtenida todavía; porque, como dice Stanford Cade, del Instituto de Radium de Londres, al comentar el resultado final de la radioterapia: "Ha podido obtenerse la detención completa de la enfermedad por períodos tan largos como 15 años, pero debemos de reconocer que, una vez desarrollado el cáncer de la lengua, las probabilidades de vida del individuo, cualesquiera que sean el tratamiento empleado, la habilidad con que se ejecute y la excelencia del resultado local, irán disminuyendo con el correr de los años, hasta que, por fin, sucumba a la enfermedad, por metástasis o por recidiva.

SOME NEW APPROACHES TO THE VENEREAL DISEASE PROBLEM

ERNESTO QUINTERO, M. D.

San Juan, P. R.

The following objectives as initiated and adhered to, represented the first attempt to control syphilis and other venereal diseases in a large scale in the community of Puerto Rico:

(1) To uncover all possible cases of venereal diseases;
(2) To bring each case uncovered under competent medical care;
(3) To keep infectious cases under medical care until the patients are no longer a menace to society or themselves;
(4) Prevention of new infections by medical, educational, and legal measures.

The program has moved steadily towards its objectives and although much progress has been made, the goal is still distant, mostly due to the present war conditions, because more new cases are to be detected, more contacts need to be searched, more treatment to be given and more educational and legal aspects to be solved.

Of main concern to the medical profession and more so, to health officers and venereal disease physicians, as integral and responsible part of community life and effort, is the responsibility of helping individuals to be free from illness and to see that they stay well.

It must be kept in mind that the amount of venereal disease control attained locally is in direct relation to the willingness and sound support given by the community as a body.

Statistical data denouncing the venereal status of the different groups as in the case of selectees, and health certificates must serve as stimulus to action in a correlated island-wide manner at the earliest possible moment.

The health officers and venereal disease physicians as community leaders, should play a more prominent part, by recruiting locally other leaders in business, religion and civic groups, in furthering measures that lead to good health.

The proper integration of health, law enforcement, welfare and other civic activities will contribute by necessity in the successful control of venereal disease in our different local communities. Dynamic social action will be as effective in peace as in war time.

Our medical resources should be used in full in all front lines in the attack of venereal diseases. It is obvious however, that the wise application of the principles of Epidemiology will lessen the toll of venereal diseases. The experience of emphasizing the value of prompt diagnosis and prompt treatment to render the individual none infectious should be considered of incalculable value in control measures. The value of contact tracing in discovering sources of infection, and discovering places where infections are acquired; prophylaxis, accurate data relative to disease distribution, to the end of control measures should be sharply focussed by health officers and control workers in general.

The program so gallantly and altriustical-

ly launched in the island only five years ago with the cooperation of the United States Public Health Service, the Social Security Agency and Federal Work Agency, should be reorganized to meet the war new concepts of the relation of health to welfare and efficiency.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, P. R.

Año XXXV Diciembre, 1943 No. 12

Editor y Administrador:
Dr. E. Martínez Rivera

Editores Asociados:
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. L. A. Balasquide
Dr. E. García Cabrera
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Fernández Marchante

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Asamblea Anual

Con gran entusiasmo por parte de todos los concurrentes se celebró durante los días 10, 11 y 12 del mes en curso la Cuadragésima Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, habiéndose llevado a efecto todos los actos de acuerdo con el programa previamente trazado.

Tanto los actos científicos que tuvieron lugar en varios salones de la Escuela de Medicina Tropical, como las clínicas que se celebraron bajo los auspicios de las facultades médicas de los Hospitales de la Capital, el Hospital Presbiteriano y la propia Escuela de Medicina Tropical, revistieron tal importancia, que seguros estamos que todos cuantos asistieron a esta asamblea salieron más que satisfechos por la oportunidad que se les brindara de poder enterarse de los más recientes progresos de la ciencia médica, y sobre todo, de poder compartir con sus demás compañeros tres días de verdadera expansión espiritual, en un ambiente de franca camaradería.

Según el registro de Secretaría concurrieron a los distintos actos científicos y sociales celebrados con motivo de la asamblea alrededor de 230 colegas, constituyendo ésta una de las mejores asistencias a actos de esta naturaleza, no sólo en los actuales momentos de emergencia, sino que también en tiempos normales.

La parte social del programa resultó en extremo lucida, y empezando por el suculento almuerzo con que obsequiaron a sus colegas de la Isla los compañeros de los Hospitales de la Capital, bajo la hábil dirección de nuestro estimado amigo el Dr. Blás Herrero, y continuando con los ágapes organizados por el Honorable Gobernador de Puerto Rico, la facultad médica de la Escuela de Medicina Tropical, el Director del Hospital Díaz García, Dr. Manuel Pavía Fernández, los compañeros del Departamento Insular de Sanidad, el Comité Auxiliar de Damas de la Asociación, y terminando con el banquete anual a cargo de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, todos contribuyeron a hacer más placenteros los días durante los cuales permaneció reunida la clase médica puertorriqueña.

Otro acto que revistió gran lucimiento, fué el de la Sesión Inaugural, en el cual tomaron parte destacadas personalidades representativas del Gobierno y de varias organizaciones cívicas y culturales de nuestro país.

Cámara de Delegados:

La Cámara de Delegados de nuestra Asociación, bajo la hábil presidencia de su Speaker, el Dr. Oscar Costa Mandry, celebró su reunión anual durante las tardes del Jueves 9 y el Viernes 10 de diciembre, habiendo asistido a la reunión 32 de los de-

legados, y discutiéndose todos los asuntos pendientes, dentro del mayor espíritu de cordialidad. En nuestra próxima edición publicaremos un resumen del acta de esta reunión, incluyendo todas las resoluciones aprobadas.

Nueva Junta de Directores:

La Junta de Directores que habrá de regir los destinos de la Asociación Médica durante el año 1944, quedó integrada de la siguiente manera:

Presidente — Dr. C. Muñoz MacCormick
Vice-Pres. — Dr. Enrique Koppisch
Secretario — Dr. E. Martínez Rivera (re-electo)
Tesorero — Dr. A. Oliveras Guerra
Vocales — Dr. José A. Seín
Dr. Osvaldo Goyco
Dr. Roberto Francisco
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Jaime L. Fuster
Dr. Luis A. Sánchez
Dra. Alice Reinhardt

Para ocupar el cargo de Speaker de la Cámara de Delegados durante el próximo año, fué electo el estimado amigo Dr. Manuel de la Pila Iglesias; y para representante de la Asociación ante la Asociación Médica Americana, fué electo el querido compañero Dr. Oscar Costa Mandry.

La nueva Directiva tomará posesión el martes 4 de enero.

Distinguidos visitantes:

Durante los días de la asamblea tuvimos el grato privilegio de tener entre nosotros, como invitados de honor de la Asociación, a dos altos exponentes de la ciencia médica norteamericana: Los doctores Hobart A. Reimann y Udo J Wile, el primero profesor de medicina en el Colegio Médico de Jefferson, y el segundo, médico consultor del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Ambos galenos pronunciaron muy interesantes conferencias durante el transcurso de la asamblea y participaron en la discusión de interesantes trabajos presentados a la asamblea por médicos locales.

Premio al Mejor Trabajo de Medicina Año 1943

Una de las actividades científicas más sobresalientes del año, la constituyó el concurso celebrado para escoger el trabajo de medicina más original realizado en nuestra isla durante el transcurso del año 1943 y por lo tanto acreedor al premio creado por la Legislatura Insular. Prueba elocuente del interés despertado entre los miembros de la profesión el antes mencionado concurso, la constituye el hecho de que al mismo se presentaron los siguientes trabajos, todos ellos de gran valor científico:

Un nuevo método para el estudio de la Cinemática de la sombra cardiovascular, Dr. Federico Velázquez.
La Malaria en relación con la Obstetricia y la Ginecología, Dr. L. A. Balasquide.

Un nuevo fenómeno cardiológico observado entre los campesinos anémicos puertorriqueños; analizado a través de los llamados soplos hémicos; y una nueva teoría que da una explicación fisio-anatómica razonable de éste, Dr. José A. Amadeo.
A fatal case of Avitaminosis A, with postmortem study, Dr. Ildefonso Rivera Lugo.
La eosinofilia local y la eosinofilia sistémica, signo patognomónico, diferen-

cial y pronóstico de la gonorrea, Dr. Rafael Muñoz Vázquez.

Treatment of Acute Malaria with heavy doses of Atabrine, Dres. George C. Smith y Luis A. Passalacqua.

The Treatment of Burns with Cod Liver Oil, Sulfanilamide-Sulfathiazole Powder Dressing, Dr. Jacob Flax.

Experimental Eclampsia, Dr. M. Fernández Fuster

Cirugía racional en el tratamiento del "Mal Pelviano Obstétrico-ginecológico," Dr. T. Ramírez Cuerda.

Phases of Intestinal Obstruction in Puerto Rico, Dr. Fernando Asencio.

El proceso de la curabilidad de la Tuberculosis Pulmonar, Dr. Guillermo Salazar.

The Use of Cotton Sutures in Lower Abdominal Surgery, Dr. Jacob Flax.

Tras un detenido estudio de cada uno de dichos trabajos, el Comité Científico de nuestra Asociación decidió otorgar el premio al trabajo presentado por el Dr. Federico Velázquez.

En la noche del viernes 10 de diciembre, durante la sesión inaugural de la asamblea, el Hon. Rexford G. Tugwell, Gobernador de Puerto Rico, hizo entrega del premio al compañero laureado, después de haber dado lectura el presidente del Comité Científico, Dr. Ramón M. Suárez, al laudo del Comité, el cual aparece publicado en otra parte de esta edición de nuestra revista.

En nuestra edición de enero daremos publicidad al brillante trabajo laureado por el comité, y en ediciones subsiguientes iremos publicando todos y cada uno de los interesantísimos trabajos sometidos al concurso.

Nuevos miembros:

Durante el transcurso del presente mes han hecho su ingreso a nuestra Asociación, los siguientes compañeros:

Dr. Guillermo Cardona, de Maunabo
Dr. Nayip Fas Fagundo, de Mayagüez
Dr. David Rodríguez Pérez, de Santurce
Dr. Luis R. Guzmán López, de San Juan
Dr. Ernesto C. Martínez, de Bayamón

Reciban todos estos compañeros nuestro cordial saludo de bienvenida al seno de la Asociación.

Plan de Servicios Médicos:

En su empeño por no dejar sobre la mesa ninguno de los asuntos por él iniciados durante su presidencia, el estimado amigo Dr. Manuel de la Pila, ha procedido a hacer un último esfuerzo por recoger todas las contestaciones al cuestionario que sobre el Plan de Servicios Médicos enviara hace algunos meses.

Recomendamos a los compañeros que aún no lo hayan hecho, que devuelvan dicho cuestionario, debidamente lleno, antes de que finalice el presente año, de manera que el Dr. Pila pueda tabular los datos obtenidos hasta la fecha, y conocer el criterio de la clase médica en cuanto a tan trascendental problema.

Personales

Dr. J. Serra Chavarry:

Víctima de un cobarde atentado se ha visto obligado a guardar cama en el Hospital de la Escuela de Medicina Tropical, el querido amigo Dr. J. Serra Chavarry.

En el momento en que redactamos estas líneas el estimado colega se encuentra en

franco período de convalescencia, cosa que nos satisface en extremo.

Dr. R. Fernández Marchante:

A principios del mes en curso regresó a nuestra isla, después de haber tomado y aprobado los exámenes que llevó a efecto el "American Board of Pediatrics" en la ciudad de Nueva York el día 21 del ppdo. mes de noviembre, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Extendemos por medio de estas líneas una muy efusiva felicitación al amigo Dr. Fernández Marchante por su merecido triunfo, y le reiteramos nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. José A. Aybar:

Pasa por la pena de haber perdido a su querido padre, en fecha reciente, el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

El amigo Aybar, quien es miembro de las fuerzas armadas de nuestra Nación, se encuentra prestando servicios en algún punto del Caribe. Sean estas líneas portadoras de nuestra más sentida condolencia para el querido amigo, así como para los demás familiares del caballero fenecido.

Dr. Pablo Morales Otero:

A mediados del cursante mes regresó también del Continente el estimado amigo Dr. Pablo Morales Otero, Director de la Escuela de Medicina Tropical, y quien durante su permanencia en el Norte, realizó gestiones relacionadas con dicha Institución.

Reciba el distinguido amigo nuestro cordial saludo.

Dr. Héctor Martínez Villafañe:

Durante la pasada asamblea tuvimos el placer de saludar al joven colega Dr. Héctor Martínez Villafañe, quien procedente de un puesto militar en algún punto del Caribe, ha venido a disfrutar de unas cortas vacaciones junto a sus distinguidos padres, los queridos amigos Dr. A. Martínez Alvarez y Dra. Josefina Villafañe de Martínez.

Reiteramos nuestro saludo cordial al estimado colega, y le deseamos el más lisonjero éxito en el desempeño de su honrosa misión en las fuerzas armadas de nuestra Nación.

Dr. E. García Cabrera:

Entre los compañeros que han regresado del Norte durante el presente mes, se encuentra el querido amigo, Dr. Esteban García Cabrera, quien permaneció en los Estados Unidos una larga temporada, recuperando de una dolencia que le obligara a guardar cama por algún tiempo.

Saludamos muy cordialmente a tan querido amigo, y nos satisface saber que se encuentra completamente restablecido de su malestar.

Dr. Agustín Pietri:

Después de un viaje de estudios en los Estados Unidos, a mediados del presente mes regresó a la ciudad de Ponce, el querido amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Sea esta nota portadora de un cordial saludo de bienvenida para el distinguido colega.

Dres. Luis y Ricardo Fernández:

Habiendo el Congreso Panamericano de Oftalmología decidido publicar traducido al español, el libro del Dr. Berens sobre "Enfermedades de los Ojos," como un medio de difundir los conocimientos oftalmo-

lógicos entre los colegas de habla hispana, se ha designado la labor de adaptar distintos capítulos de la obra a oftalmólogos de reconocida experiencia en la América Latina, habiéndose asignado dos de dichos capítulos a los estimados amigos los doctores Luis y Ricardo F. Fernández.

Sean estas líneas portadoras de nuestra cordial felicitación para los estimados colegas, Dres. Fernández, por tan merecido reconocimiento de sus indiscutibles dotes en el campo de la oftalmología.

SECCION DE BIBLIOTECA

Una de las actividades de la pasada asamblea, que mayor provecho rindiera a nuestra Asociación, lo fué la celebración del "Día del Libro", brillante idea del distinguido miembro del Comité de Biblioteca de la Asociación, Dr. A. Rodríguez Olleros, y a la cual diera todo su calor y entusiasmo nuestro dinámico presidente el Dr. Manuel de la Pila.

Gracias a esta actividad, se ha iniciado ya el tan anhelado rejuvenecimiento de la Biblioteca de la Asociación, con el obsequio de las obras abajo anotadas, por los compañeros cuyos nombres aparecen también en la tabla adjunta. Estos libros, y otros que contínuamente se reciben en la Asociación como obsequio de sus autores, están siendo debidamente marcados, y estarán a la disposición de quienes quieran consultarlos, para principios del mes de enero.

Con la idea de tener a nuestros lectores enterados del movimiento en la Biblioteca de la Asociación, iniciamos con la presente edición, esta *Sección de Biblioteca* en la cual daremos cuenta, mensualmente, de todos los libros y revistas que se reciban en la Asociación.

Suplicamos a los compañeros que aún no hayan obsequiado algún libro a la Biblioteca, que lo hagan a su más pronta conveniencia. La lista que publicamos a continuación les dará una idea de la clase de libros que esperamos poder tener a la disposición de los miembros de la Asociación:

NOMBRE DE LA OBRA	Fecha de Edición	Regalada por
Gray's Anatomy	1943	Dr. Jesús M. Quiñones
Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia (4 tomos)	1934	Dr. Narciso Moreno
Therapeutics of Infancy and Childhood (4 tomos)	1942	The University Society, Inc.
Theory and Practice of Psychiatry	1936	Dr. José D. Jiménez
Surgical Anatomy	1939	Dr. T. Ramírez Cuerda
Hypertension and Nephritis	1939	Dr. Elí S. Rojas
Outline of Roentgen Diagnosis	1938	Dr. José Landrón
A Marriage Manual	1943	Dra. Charis Gould
Textbook of Clinical Neurology	1943	Dr. A. Rodríguez Olleros

Textbook of Surgery	1943	Dr. Juan Homedes
Manual of Fractures	1943	Abbott Laboratories (P. R.)
Surgery of the Ambulatory Patient	1942	Abbott Laboratories (P. R.)
Conceptos y Problemas de Psicoterapia	1943	Dr. Luis M. Morales
Therapeutique Clinique (3 tomos)	1938	Dr. Luis M. Morales
The Hand - Its Disabilities and Diseases	1942	Dr. A. Fernández Valdés
Gynecology	1918	Dr. A. Otero López
Técnica Quirúrgica Moderna (3 tomos)	1941	Dres. F. R. de Jesús y José Iguina
Abdominal Operations (2 tomos)	1940	Dr. R. H. Señeriz
An Introduction to Gastroenterology	1941	Dr. Federico Velázquez
The Anatomy of the Nervous System	1943	Dr. Manuel A. Astor
The Practice of Urology	1939	Dr. Héctor A. Bladuell
Inmunity Against Animal Parasites	1943	Dr. Oscar Costa Mandry
Clinical Inmunology, Biotherapy and Chemotherapy	1941	Dr. Antonio Ortíz
Pediatric Surgery	1938	Dr. Antonio Ortíz
Pediatric Symptomatology and Differential Diagnosis	1938	Dr. Antonio Ortíz
Internal Medicine	1940	Dr. Ramón J. Sifre
Gynecology including Female Urology	1943	Dr. Guillermo Acosta
Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares	1943	Dr. Manuel de la Pila
Clinical Parasitology	1943	Dr. Roberto Francisco
Pulmonary Tuberculosis in Adults and Children	1939	Dr. J. Rodríguez Pastor
Clinical Laboratory Methods and Diagnosis (2 tomos)	1943	Dr. Juan A. Pons
The Diagnosis of Nervous Diseases	1937	Dra. Ana Janer
A Textbook of Pathology	1942	Dr. Jenaro Barreras
Symptom Diagnosis	1942	Dr. M. Pavía Fernández
Preventive Medicine and Hygiene	1940	Dr. E. Martínez Rivera
Diseases of the Blood	1941	Dr. José C. Ferrer
Diseases of the Eye	1941	Dr. J. A. Gallardo Díaz
Gonorrhea in the Male and Female	1943	Dr. Leoncio T. Davis
A Manual of Otology, Rhinology and Laryngology	1943	Dr. Arquelio Ramírez
Geriatric Medicine	1943	Dr. José S. Belaval
Transactions of the Section on Ophthalmology	1942	Dr. Luis J. Fernández
Directory of Medical Specialists	1939	Dr. Ricardo Fernández
Hostos en Santo Domingo	1940	Dr. Francisco M. Susoni
Syphilis - Moore	1943	Dr. Ernesto Quintero
The Life of William Osler	1942	Dr. Pedro Ramos Casellas
Statistical Procedures, etc.	1943	Dr. Rafael Timothée

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Al iniciar su segundo año de vida el Plan del Auxilio Médico Mutuo cuenta con un total de 392 miembros, y con la casi absoluta certeza de que pronto se pueda alcanzar la anhelada cifra de 400, ya que hay varios compañeros pendientes de que sus solicitudes de ingreso a la Asociación sean aprobadas por la Directiva, para acogerse inmediatamente al plan.

Entre los colegas que recientemente han unido sus nombres a la lista de miembros activos del plan, aparecen los siguientes:

Dr. Salvador Riera López
Dr. F. Ruíz de Porras
Dr. A. R. Cestero
Dr. Rafael Velázquez
Dr. Nayip Fas Fagundo

A principios del próximo mes se enviarán los recibos correspondientes al año 1944. Es sin embargo, halagador, el hecho de que un gran número de compañeros no han necesitado el envío de dicho recordatorio, y espontáneamente han cubierto su cuota del año 1944, dando así pruebas de su decidido empeño de contribuir al éxito de tan valioso plan.

Los ingresos por concepto de certificaciones continúan aumentando rápidamente, y el total de compañeros que contribuyen a este respecto es ahora de 37, según podrá verse en la lista que transcribimos a continuación, y muchos de estos han hecho dos o tres remesas:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (3)
Dr. Amalio Roldán (3)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. Leoncio T. Davis (2)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (2)
Dr. Ramón C. Umpierre
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López
Dr. Héctor Bladuell (3)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez
Dr. Luis L. Biamón

LAUDO DEL COMITE CIENTIFICO

CONCURSO PARA OTORGAR UN PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE MEDICINA HECHO EN PUERTO RICO DURANTE EL AÑO 1943

Deseo que mis primeras palabras al dar cumplimiento a la encomienda oficial como presidente del Comité Científico, de hacer público el laudo relativo al premio para el mejor trabajo de medicina, sean de reconocimiento hacia la Legislatura de Puerto Rico, que en todos sus sectores cooperó a la consecución de este anhelo de nuestra clase. Al mismo tiempo que reconocimiento, sentimos admiración por esta Legislatura, que ha reconocido lo que significa el médico en la sociedad. Conscientes los legisladores de lo que significa la salud del pueblo, han querido ayudar a los que tenemos la misión de velar por la prevención y cura de las enfermedades, a los médicos, de manera eficiente, con la creación de este premio realizado sólo con miras a enriquecer el bienestar de Puerto Rico. Así es como se hace verdaderamente patria, elevándose a las altas regiones donde moran las ideas sublimes. También hacemos extensiva nuestra gratitud al Gobernador de Puerto Rico, Honorable Rexford G. Tugwell, quien hizo factible la cristalización de este proyecto.

Tanto nosotros como los hacedores legales de este beneficio para Puerto Rico, nos sentimos complacidos al ver cómo germinó el espíritu que guiaba la Ley, estableciendo un premio para el mejor trabajo médico, porque los doce trabajos presentados, la bondad de los mismos, la brillantez de su exposición y lo profundo de sus concepciones, han demostrado a las claras que nuestra clase médica vibra ante estas actuaciones progresistas y se ha injertado en ella la inquietud de la investigación, donde radica especialmente la base del progreso. Por tales motivos, la labor del Comité Científico fué árdua y difícil para poder destacar de entre un grupo nivelado de excelentes trabajos, cuál era el que tenía características para el premio, habiendo llegado a la conclusión unánime de que debía otorgársele al que lleva por título:

Un Nuevo Método para el estudio de la Cinemática de la Sombra Cardiovascular.

Abiertos los sobres correspondientes a los lemas de los trabajos encontramos que el autor laureado lo es el distinguido compañero, Dr. Federico Velázquez, joven médico dominicano que ha convivido con nosotros durante los últimos años y que se ha hecho acreedor por sus actuaciones morales, profesionales y sociales, a la estimación general de nuestra clase. Nuestra cordial felicitación al compañero.

INDICE
1943

Año 35 **Nos. 1 - 12**

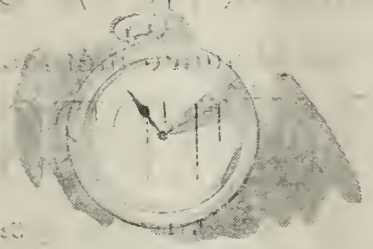
	No.	Pág.
Acta de la rennión ordinaria de la Cámara de Delegados, Resnmen del,	1	1
Acute Appendicitis in the Left Upper Quadrant. Report of a case, Mario J. Tomasini, Salvador Busquets and Julio M. Dávila — — — — — —	10	367
Address delivered by Dr. Joseph Bolten	6	230
Agnayo, J. Roberto Enfermedad fibrocística del páncreas	8	316
Algnnas observaciones sobre el problema poblacional de Pnerto Rico, P. Morales Otero — — — — — — — —	10	376
Anencéfalo — Breves consideraciones, L. A. Balasquide — — — — — —	4	159
Anestesia espinal contínua, o anestesia fraccionada, José Noya Benítez —	4	150
Anesthesia in cases of Biliary Tract Snrgery, Avertin Ether, Carl S. Williamson — — — — — — — — — —	9	345
Apendicitis Aguda, Américo Serra —	8	295
Appendicitis in the Left Upper Qnadrant, Acute — Report of a case, Mario J. Tomasini, Salvador Bnsqnets and Jnlio Dávila — — — —	10	367
Asamblea Anual, Resnmen del Programa de la — — — — — — — — —	11	454
Asencio Camacho, Fernando Dyschondroplasia or Mnltiple Cartilaginons Exostoses — — — — —	2	55
Astor, Mannel A. Informe del Tesorero de la Asociación (año 1942) — — — — — —	1	24
Anxilio Médico Mutno, Página del —	6	251
,, ,, ,, ,, del —	7	294
,, ,, ,, ,, del —	8	327
,, ,, ,, ,, del —	9	364
,, ,, ,, ,, del —	10	405
,, ,, ,, ,, del —	11	453
,, ,, ,, ,, del —	12	488
Avertin-Ether Anesthesia in Cases of Biliary Tract Snrgery with remarks on administration — A Brief review of anesthetic agents commonly employed in Biliary tract snrgery with special reference to the combination of avertin-ether, Carl S. Williamson	9	345
Balasqnide, L. A. Anencéfalo — Breves consideraciones	4	159
Contraindicaciones de la operación cesárea — — — — — — — —	5	189
Benítez, Jaime Discurso pronnnciado por el Sr. Jaime Benítez, Rector de la Universidad de Pnerto Rico — — — — — — —	6	231
Biblioteca, Sección de la — — — —	12	486
Biliary Tract Surgery, Avertin-Ether Anesthesia in cases of, Carl S. Williamson — — — — — — — —	9	345
Bolten, Joseph Address delivered by — — — — —	6	230
The Prevention of Malaria among the Military Forces in Pnerto Rico —	3	89
Bonilla, Elena Current Nnrsing Problems and Needs in Puerto Rico — — — — — —	6	234
Cálcnlo Biliar, Obstrncción Intestinal por, Jorge del Toro — — — —	4	156
Cámara de Delegados, Resnmen del acta de la rennión ordinaria de la	1	1
Cáncer de la Lengna, Cinco años de experiencia en Pnerto Rico con el tratamiento del, I. González Martínez	12	474
Cancer of the Larynx, J. H. Font —	11	439
Cancer of the Stomach in Pnerto Rico, F. Hernández Morales and José Noya Benítez — — — — — — —	3	105
Cardona, Néstor de Hemorragia Subdnral — — — —	9	350
Cesárea, Contraindicaciones de la Operación, L. A. Balasquide — — — —	5	189
Colón, Jnlio E. Complicaciones renales en la terapia snlfonamida — — — — — — — —	9	334
Comité Científico de la Asociación, Informe del (Año 1942) — — —	1	29
Comité de Edncación Médica, Informe del (año 1942) — — — — —	1	36
Comité de Medicina Forense, Informe del (año 1942) — — — — — —	1	39
Complicaciones renales en la terapia sulfonamida, Julio E. Colón — —	9	334

	No.	Pág.
Conceptos modernos sobre la etiología de la Epilepsia, José R. Maymí —	10	372
Concurso para otorgar el premio al mejor trabajo de medicina — año 1943 — Laudo del Comité Científico	12	489
Consideraciones generales sobre Tuberculosis Genital, William R. Gelpí	5	195
Consideraciones sobre dolor precordial, Ezequiel Prieto — — — — — —	7	253
Constitutiou and By-Laws of the Puerto Rico Public Health Association	6	239
Current Nursing Problems and Needs in Puerto Rico, Elena Bonilla —	6	234
Delegado a la Asociación Médica Americana, Informe del, Dr. Enrique Koppisch — — — — — — — —	1	35
Development of Public Health in Puerto Rico, A note on the, E. Martínez Rivera — — — — — — — — —	10	384
Diagnosis of Lymphogranuloma Venereum Adenitis, The, F. Hernández Morales — — — — — — — — —	4	163
Discurso pronunciado por el Dr. Manuel de la Pila, durante los ejercicios de graduación verificados en la Escuela de Enfermeras del Hospital San Lucas el día 17 de agosto de 1943 — — — — — — — —	9	356
Discurso pronunciado por el Sr. Jaime Benítez, Rector de la Universidad de Puerto Rico — — — — — — —	6	231
Diverticulosis del Duodeno — Informe de casos, M. Soto Rivera — — —	4	143
Dolor precordial, Consideraciones sobre, E. Prieto — — — — — —	7	253
Dyschondroplasia or Multiple Cartilaginous Exostoses, F. Asencio Camacho — — — — — — — — —	2	55
Editor del Boletín, Iuforme del (año (1942) — — — — — — — —	1	32
Educacióu Médica, Informe del Comité de (año 1942) — — — — —	1	39
Enfermedad fibrocística del páncreas, J. Roberto Aguayo — — — — —	8	316
Enfermedades Venéreas, En torno a ciertos aspectos en el programa de Control de las, Ernesto Quintero —	10	392
Epilepsia, Conceptos modernos sobre la etiología de la, José R. Maymí —	10	372
Erythroblastosis fetalis, The Rh factor in the Etiology of, M. Fernández Fuster — — — — — — — — —	8	313
Escuela de Medicina, La (Editorial)	11	447
Esposa del Médico, la verdadera —	6	247
Fernández Fuster, M. The Rh factor in the Etiology of Erythroblastosis fetalis — — — —	8	313
Font, J. H. Cancer of the Larynx — — — —	11	439
Font, J. H. Syngamus Laryngeus in Man — Report on three additional cases from Puerto Rico — — — — — — —	9	331
Francisco, Roberto Myelomatosis — — — — — — —	7	284
Francisco, Roberto Pancreatic Lithiasis — — — — —	3	110
Friedman's Test for Pregnancy, Modified, Roy J. Stokes and José Ernesto Ortíz — — — — — — —	6	215
García, Bird, Jorge Tropical Sprue — Review of Literature — — — — — — — —	7	267
Garrido Morales, Eduardo Presidential Address delivered at the second Annual Convention of the Puerto Rico Health Association —	6	220
Gelpí, William R. Consideraciones generales sobre Tuberculosis Genital — — — — —	5	195
González Martínez, I. Cinco años de experiencia eu Puerto Rico con el Tratamiento del Cáncer de la Lengua — — — — —	12	474
Hemorragia subdural, Néstor de Cardona — — — — — — — — —	9	350
Hernández Morales, Federico The Diagnosis of Lymphogranuloma Venereum Adenitis — — — — —	4	163
Hernández Morales, F. y Noya Benítez, J. Cáncer of the Stomach in Puerto Rico	3	105
Hipócrates, Excelso Deontologista, Manuel de la Pila — — — — — —	2	60
Holt, W. L. Neuroses in War — — — — — —	3	97
Homenaje Póstumo al Dr. Rafael López Nussa, M. Quevedo Báez — —	3	119
Infections wasting Manpower can be prevented, Ernesto Quintero — —	8	319

	No.	Pág.
Informe de un caso de Síndrome de Vogt-Koyanagi, Luis J. Montalvo Durand	6	218
Informe del Comité Científico (año 1942)	1	29
Informe del Comité de Educación (año 1942)	1	36
Informe del Comité de Educación (año 1942)	1	35
Informe del Editor del Boletín (año 1942)	1	32
Informe del Presidente (año 1942)	1	1
Informe del Presidente (año 1943	12	457
Informe del Secretario (año 1942)	1	18
Informe del Tesorero (año 1942)	1	24
Kalow, Irving		
Treatment of Ulcerative Colitis — Abstract of Literature	7	260
Koppisch, Enrique		
Informe del Comité de Educación (año 1942)	1	36
Informe del Comité de Medicina Forense (año 1942)	1	39
Informe del Delegado a la A.M.A. (año 1942)	1	35
Laudo del Comité Científico, Premio año 1943	12	489
Lista de Honor	11	449
London, Louis S.		
Psychotherapeutic Transfusions	11	414
Sex and Depersonalization	5	171
Lymphogranuloma Venereum Adenitis, The Diagnosis of, F. Hernández Morales	4	163
Malaria among the Military Forces in Puerto Rico, The prevention of, Joseph Bolten	3	89
Maymí, José R.		
Conceptos modernos sobre la etiología de la epilepsia	10	372
Martínez Rivera, E.		
A note on the Development of Public Health in Puerto Rico	10	384
Iuforme del Editor del Boletín (año 1942)	1	32
Informe del Secretario (año 1942)	1	18
Medicina Forense, Informe del Comité de (año 1942)	1	39
Modernas orientaciones en la Práctica Médica, Manuel de la Pila	5	199
Modified Friedman's Test for Pregnancy, Roy J. Stokes and José Ernesto Ortíz	6	215
Montalvo Durand, Luis J.		
Informe de un caso de Síndrome de Vogt-Koyanagi	6	218
Morales Otero, Pablo		
Algunas observaciones sobre el problema poblacional de Puerto Rico	10	376
Palabras del Dr. P. Morales Otero en la Convención anual de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico	6	229
Multiple Cartilaginous Exostoses, Dyschondroplasia or, F. Asencio Camacho	2	55
Myelomatosis, Roberto Francisco	7	284
Neuralgias Post-traumáticas — Complicación seria en casos de Sección de tendones, A. Oliveras Guerra	2	47
Neuroses in War, W. L. Holt	3	97
Notas Editoriales	3	123
Notas Editoriales	11	447
Noticias Médico-Sociales	1	41
" "	2	83
" "	3	125
" "	4	166
" "	5	211
" "	6	248
" "	7	291
" "	8	324
" "	9	361
" "	10	401
" "	11	450
" "	12	482
Noya Benítez, J.		
Anestesia espinal contínua, o anestesia fraccionada	4	150
The Thyroid Problem	2	52
Nursing Problems and Needs in Puerto Rico, Current, Elena Bonilla	6	234
Some present plans for the solution of these problems, Isolina Ramis	6	236
Obstrucción renal por cálculo intestinal, Jorge del Toro	4	156
Oliveras Guerra, A.		
Neuralgias post-traumáticas — Complicación seria en casos de Sección de tendones	2	47
Traumatismos al simpático	11	407

	No.	Pág.
Operación Cesárea, Contraindicaciones de la, L. A. Balasquide	5	189
Palabras del Dr. Manuel de la Pila en el acto inaugural de la Semana de la Enfermera	6	244
Palabras del Dr. Manuel de la Pila en la Graduación de las Ayudantes Voluntarias de Enfermeras de la Cruz Roja Americana, Capítulo de Puerto Rico	10	397
Palabras del Dr. P. Morales Otero en la Convención Anual de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico	6	229
Pancreatic Lithiasis, Roberto Francisco	3	110
Perea, Nelson		
Preñez Abdominal	9	354
Pérez, Braulio		
Quiste hidatídico del pulmón	4	129
Pila, Manuel de la		
Discurso pronunciado durante los ejercicios de graduación verificados en la escuela de enfermeras del Hospital San Lucas el día 17 de agosto de 1943	9	356
Hipócrates, Excelso Deontologista	2	60
Informe del Presidente (año 1942)	1	8
Informe del Presidente (año 1943)	12	457
Modernas orientaciones en la Práctica Médica	5	199
Palabras en el acto inaugural de la Semana de la Enfermera	6	244
Palabras en la Graduación de las Ayudantes Voluntarias de Enfermeras de la Cruz Roja Americana	10	397
Preliminary Report on local Venereal Diseases relative to the Puerto Rico encamped Military Forces, Ernesto Quintero	5	180
Premio al Mejor Trabajo, Laudo	12	489
Premio al Mejor Trabajo Médico	8	328
Preñez Abdominal, Nelson Perea	9	354
Presidential address delivered at the Second Annual Convention of the Puerto Rico Health Association, E. Garrido Morales	6	220
Prieto, Ezequiel		
Consideraciones sobre dolor precordial	7	253
Problema poblacional de Puerto Rico Algunas consideraciones sobre el, P. Morales Otero	10	376
Programa de la Asamblea Anual, Resumen del (1943)	11	454
Programa de Control de las Enfermedades Venéreas, En torno a ciertos aspectos en el, Ernesto Quintero	10	392
Psychotherapeutic Transfusions, Louis S. London	11	414
Public Health in Puerto Rico, A note on the development of, E. Martínez Rivera	10	384
Public Health Problems in Puerto Rico, Public Support for the solution of, R. A. Vonderlehr	12	469
Public Support for the Solution of Public Health Problems in Puerto Rico, R. A. Vonderlehr	12	469
Quevedo Báez, Manuel		
Homenaje Póstumo al Doctor Rafael López Nussa	3	119
Quintero, Ernesto		
Infections wasting Manpower can be prevented	8	319
En torno a ciertos aspectos en el programa de control de las enfermedades Venéreas en relación con el Esfuerzo de Guerra	10	392
Preliminary report on local Venereal Diseases relative to the Puerto Rico encamped Military Forces	5	180
Some new approaches to the Venereal Disease Problem	12	480
Quiste hidatídico del pulmón, Braulio Pérez	4	129
Ramis Isolina		
Some present plans for the Solution of Current Nursing Problems	6	236
Rh factor in the Etiology of Erythroblastosis fetalis, The, M. Fernández Fuster	8	313
Sección de tendones, Complicación seria en casos de, Neuralgias postraumáticas, A. Oliveras Guerra	2	47
Serra, Américo		
Apendicitis Aguda	8	295
Sex and Depersonalization, Louis S. London	5	171

	No.	Pág.
Síndrome de Vogt-Koyagani, Informe de un caso de, Luis J. Montalvo Durand — — — — — — — — — —	6	218
Soto Rivera, M. Diverticulosis del Duodeno — Informe de casos — — — — — — — —	4	143
Sprue, Tropical — Review of Literature, Jorge García Bird — — — —	7	267
Stokes, Roy J. y Ortíz, José Ernesto Modified Friedman's Test for Pregnancy — Preliminary report — —	6	215
Suárez, Ramón Informe del Comité Científico (año 1942) — — — — — — — — — —	1	29
Sulfonamida, Complicaciones renales en la terapia, Julio E. Colón — —	9	334
Syngamus Laryngeus in Man, J. H. Font — — — — — — — — — —	9	331
Thyroid Problem, The, J. Noya Benítez — — — — — — — — — —	2	52
Tomasini, Mario J., Busquets Salvador, y Dávila Julio Acute Appendicitis in the Left Upper Quadrant — Report of a Case	10	367
Toro, Jorge del Obstrucción renal por cálculo intestinal — — — — — — — — — —	4	156
Tratamiento del Cáncer de la Lengua, Cinco años de experiencia en Puerto Rico con el, I. González Martínez	12	474
Traumatismos al Simpático, A. Oliveras Guerra — — — — — — — —	11	407
Treatment of Ulcerative Colitis — Abstract of Literature, Irving Kalow	7	260
Tropical Sprue — Review of Literature, Jorge García Bird — — — —	7	267
Tuberculosis Genital, Consideraciones generales sobre, William R. Gelpí	5	195
Ulcerative Colitis, Treatment of — Abstract of Literature, Irving Kalow	7	260
Venereal Diseases, Preliminary Report on local — relative to the Puerto Rico encamped Military Forces, Ernesto Quintero — — — — — —	5	180
Venereal Disease Problem, Some new approaches to the, Ernesto Quintero	12	480
Vonderlehr, R. A. Public Support for the Solution of Public Health Problems in Puerto Rico — — — — — — — — — — —	12	469
Williamson, Carl S. Avertin-Ether Anesthesia in Cases of Biliary Tract Surgery with remarks on administration — — — — —	9	345



La Descongestión Nasal

se obtiene rápidamente después de administrar este vasoconstrictor de baja toxicidad y libre de "picazón"

Clorhidrato de
Neo-Sinefrina

(clorhidrato de levo-alfa-hidroxi-beta-metil-amino-3-hidroxi etilbenceno)



Se ofrece en solución al ¼% o al 1% en frascos de 30 c.c., para aplicarse con cuentagotas o pulverizador; y en forma de jalea al ½% en tubos con aplicador nasal.

Frederick **Stearns** & Company

DETROIT, MICH., E. U. A.

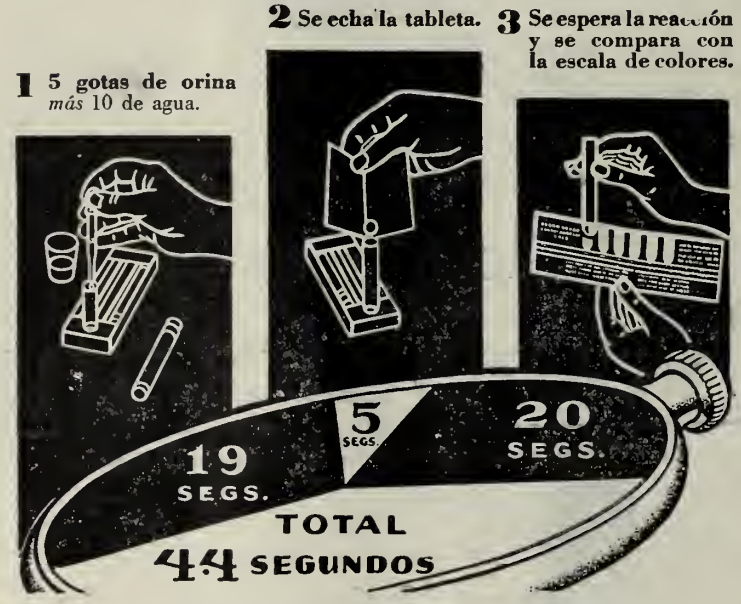
Desde 1855... PRODUCTOS INDISPENSABLES PARA EL ARMAMENTARIO DEL MEDICO

Representante: Víctor M. Bártoli, Apartado 3834, Santurce, P. R.

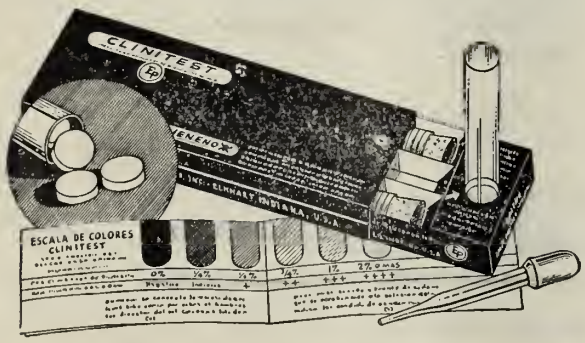
EN CUESTION DE SEGUNDOS SE DETERMINA EL AZUCAR EN LA ORINA

con el nuevo método

CLINITEST



Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

ELKHART, INDIANA, E. U. A.

THESODATE [Brewer]

DEFINITION — *Thesodate* (Brewer) is the *original ENTERIC COATED* tablet of *Theobromine Sodium Acetate.*

INDICATIONS — *Thesodate* (Brewer) is indicated in the treatment of *coronary artery disease, edema,* and *hypertension.*

DISTRIBUTION — *Thesodate* (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
* *Thesodate,* 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

DOSE — One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G.; Arch. Int. Med., Vol. 60, Page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F.; J. A. M. A., Vol. 109, Page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E.; Am. H. Jour., Vol. 19, Page 639, Number 6, June, 1940.

* *Thesodate,* 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, Inc. Worcester, Mass. U.S.A.

Pharmaceutical Chemists Since 1852.

HERISAN

MARCA REGISTRADA

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA		
50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo....	10 gramos
Acido Bórico		2 gramos
Oxido de Zinc		15 gramos
Talco		15 gramos
Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en:

HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, Etc.

PREPARADO POR:

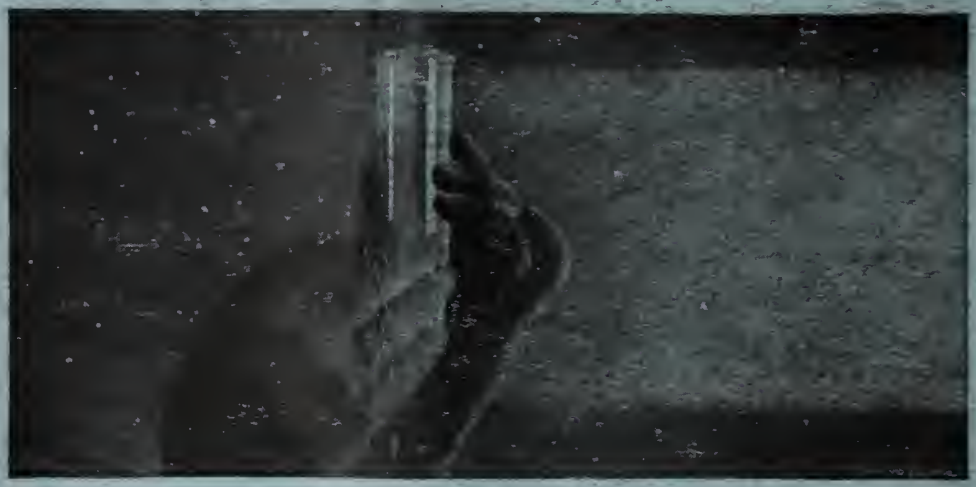
ANDROMACHUS CORPORATION

Long Island City New York

Distribuidor: E. VELEZ POSADA

Plaza de Colón, San Juan.

Un Paso Hacia la Perfección



LAS DROGAS CRUDAS y las substancias químicas obtenidas para la confección de los Productos Lilly tienen que ajustarse a normas altísimas. Los ensayos ajenos, no importa cuán dignos de confianza sean, jamás se aceptan sin no ser confirmados por los laboratorios de control Lilly.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS 6, INDIANA, E. U. A.

